

”Fed up”

Om jobbtilfredshet blant sykepleiere som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser

Trine Wiig Hage



**Masteroppgave
Avdeling for sykepleievitenskap,
Institutt for og helse og samfunn,
Medisinsk fakultet**

UNIVERSITETET I OSLO

15. august 2011

© Forfatter

År: 2011

Tittel: "Fed up". Om jobbtilfredshet blant sykepleiere som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser.

Forfatter: Trine Wiig Hage

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Trine Wiig Hage	Dato: 15. august 2011
Tittel og undertittel: FED UP Om jobbtilfredshet blant sykepleiere som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser	
<u>Sammendrag:</u> <u>Formål:</u> Å utforske og beskrive temaer som sykepleiere som jobber på avdelinger for spiseforstyrrelser anser som viktige for å oppleve jobbtilfredshet. <u>Studiens teoretiske forankring:</u> Relevante teoretiske perspektiver og forskning på jobbtilfredshet, kunnskapsarbeid og miljøterapeutisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. <u>Metode:</u> Utforskende og beskrivende studie med fokusgruppeintervjuer av sykepleiere som jobber på avdelinger for spiseforstyrrelsesbehandling. Datamaterialet ble transkribert verbatim og deretter analysert med utgangspunkt i Kvaales (2009) fremgangsmåte for analyse av kvalitative data. <u>Funn:</u> Tre hovedkategorier fremkom gjennom analyseprosessen: betydningen av rammefaktorer i arbeidshverdagen, å gjøre en god jobb og å jobbe sammen. Den første kategorien handlet om betydning av struktur i behandlingen, arbeidsbetingelsene til sykepleiepersonalet, og innholdet i arbeidsoppgavene. Den andre kategorien omhandlet det å mestre rollen som miljøterapeut og betydningen av anerkjennelse fra kollegaer og pasienter i relasjon til sykepleiernes opplevelse av jobbtilfredshet. Den tredje og siste kategorien beskrev ulike relasjonelle aspekter ved forholdet til pasienter og kollegaer. <u>Konklusjon:</u> Dette er den første studien som undersøker jobbtilfredshet i en spiseforstyrrelse – setting. Temaer relatert til individet, organisasjon og relasjonelle aspekter var alle viktige for sykepleiernes jobbtilfredshet. Studien understreker viktigheten av en tydelig behandlingstruktur, god forvaltning av rammebetingelsene og det å tilhøre et sosialt system som oppleves som støttende.	
Nøkkelord: Jobbtilfredshet, sykepleier, miljøterapi, spiseforstyrrelser, fokusgrupper	



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Trine Wiig Hage	Date: 15. August 2011
Title and subtitle: FED UP On job satisfaction amongst nursing staff working with eating disordered patients	
<u>Abstract:</u> <u>Purpose:</u> To describe and explore themes that is seen as important by nurses working on eating disorder units in relation to their sense of job satisfaction. <u>The theoretical framework of the study:</u> Relevant theoretical perspectives and research concerning job satisfaction, knowledge work and the milieu therapeutic treatment of patients with an eating disorder. <u>Method:</u> Exploratory and descriptive research methodology, with focus group interviews of nursing staff working on eating disorder units. The interviews were transcribed verbatim, and the analysis was carried out using Kvale's (2009) approach to analyzing qualitative data. <u>Findings:</u> Three main categories emerged during analysis: the significance of framework in the everyday working life, to do a good job and working together. The first category was about the significance of structure in treatment and the working conditions of the nursing staff. The second category was about how coping with the milieu therapeutic role and being acknowledged by co – workers and patients affected their experience of job satisfaction. The third and last category was about relational aspects with co – workers and patients. <u>Conclusion:</u> This is the first study investigating job satisfaction in an eating disorder setting. Themes related to the individual, the organisation and relational aspects were all important for the nurses' job satisfaction. The study underlines the importance of a clear treatment structure, good management of the working conditions and belonging to a social system that is perceived as supportive.	
Key words: Job satisfaction, nursing staff, milieu therapy, eating disorders, focus groups	

Forord

Når jeg nå har nådd slutten på dette mastergradsarbeidet, ser jeg tilbake på disse årene med takknemlighet og glede over at jeg har fått anledning til å fordype meg i noe som jeg synes er både interessant og viktig. Dette har vært en intens, utfordrende og spennende reise.

En spesiell takk går til sykepleierne som lot seg intervju. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave!

Tusen takk til min hovedveileder Anne Moen, for at hun har loset meg gjennom prosessen på en god måte, spesielt for hennes iherdige forsøk for å hjelpe meg til å løfte stoffet og strukturere teksten. Takk til min arbeidsplass, ved Oslo Universitetssykehus, Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) for finansiell støtte, og delvis frigjøring av min arbeidstid til dette prosjektet. Hele forskningsteamet jeg jobber på fortjener en stor takk, men spesielt Bryan Lask, som har vært ansvarlig for dette prosjektet på RASP, og Hilde Kapstad, som har stilt opp som observatør. En stor takk går også til ”kollegaer” Edel Jannecke Svendsen og Tone Karine Vidnes for nyttige og konstruktive faglige innspill, og uvurderlig sosial støtte underveis i prosessen.

Min aller varmeste takk går til min kjære mann, Lars Jørgen Hage for all støtte, teknisk bistand og oppmuntring, og til Alexander, min store, lille gutt på halvannet år, som minner meg på hva som er aller viktigst i livet, og som er fryktelig god på ulike avledningsteknikker for å få mamma vekk fra datamaskinen. Dere to er de viktigste kildene til min personlige tilfredshet.

Oslo 12/8 – 2011

Trine Wiig Hage

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med studien	5
1.3 Oppbygging og avgrensning av oppgaven	5
2 Teoretiske perspektiver	7
2.1 Miljøterapeutisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser.....	8
2.1.1 Kunnskapsarbeid	8
2.1.2 Miljøterapeutisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser	9
2.2 Jobbtilfredshet	14
2.2.1 Om begrepet jobbtilfredshet.....	14
2.2.2 Teoretiske perspektiver på jobbtilfredshet	15
2.2.3 Sentrale teorier om jobbtilfredshet.....	18
2.2.3 Bidragende faktorer til jobbtilfredshet	22
2.5 Oppsummering	29
3 Design og metode.....	31
3.1 Design.....	31
3.2 Metodisk tilnærming	31
3.2.1 Setting.....	31
3.2.2 Tilgang til feltet	32
3.2.3 Utvalg	32
3.3 Innsamling av data	34
3.3.1 Fokusgruppeintervju.....	34
3.3.2 Intervjuguiden	35
3.3.3 Intervjusituasjonen	35
3.3.4 Forskerens rolle	36
3.4 Analyse.....	37

3.4.1 Transkribering	37
3.4.2 Analyse av tekstdata.....	38
3.5 Reliabilitet og validitet	41
3.6 Forskningsetiske hensyn	43
4.0 Funn.....	45
4.1 Demografisk informasjon om deltakerne	46
4. 2 Betydningen av gode rammefaktorer i jobbhverdagen	47
4.2.1 Betydningen av struktur i behandlingen.....	47
4.2.2 Organisatoriske arbeidsbetingelser	51
4.3 Å gjøre en god jobb	57
4.3.1 Å mestre rollen som miljøterapeut	57
4.3.2 Betydningen av anerkjennelse.....	60
4.4 Relasjonelle aspekter ved å jobbe sammen	62
4.4.1 Relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer.....	62
4.3.2 Relasjonelle aspekter i forhold til pasientene.....	65
5.0 Diskusjon.....	68
5.1 Ekstrapersonlige faktorer	68
5.2 Intrapersonlige faktorer	72
5.3 Interpersonlige faktorer	77
5.4 Studiens begrensninger	83
5.0 Konklusjon	84
Litteraturliste	86

VEDLEGG

- Vedlegg I Eksempel på søkestrategi
- Vedlegg II Eksempel på brev til klinikksjefen på sykehusene
- Vedlegg III Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakere
- Vedlegg IV Intervjuguide

TABELLER OG FIGURER

- Tabell I Eksempel på analysert tekst, fra transkribert tekst til hovedkategorier s. 40
- Tabell II Oversikt over demografisk informasjon om deltakerne s. 46
- Figur I Konseptuell modell over bidragende faktorer til jobbtilfredshet s. 21

1 Innledning

Denne mastergradsoppgaven utforsker og beskriver jobbtilfredshet blant sykepleiere som jobber på spesialavdelinger for behandling av spiseforstyrrelser.

Innledningsvis beskrives bakgrunnen for valg av temaet, studiens hensikt blir presentert og det blir gjort rede for oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i mange år jobbet med pasienter med spiseforstyrrelser, både som sykepleier i turnus, som leder, og som fagutviklingssykepleier. Det har gitt meg en god innsikt i, og ulike perspektiver på, det å jobbe med spiseforstyrrelsesproblematikk generelt. Jeg har fattet en spesiell interesse for hvordan sykepleierne som jobber med disse pasientene opplever arbeidshverdagen sin. Mennesker som lider av en spiseforstyrrelse er en engasjerende pasientgruppe å jobbe med, på godt og vondt. Jeg blir stadig slått av hvor sterkt jeg blir berørt av å jobbe med disse pasientene. Pasienter som er innlagt for døgnbehandling bor på avdelingen i flere måneder av gangen. Som sykepleier er man sammen med dem store deler av vekten og man investerer mye for å etablere og opprettholde en relasjon til pasientene. Jeg har opplevd perioder hvor avdelingen har vært nær ved å bli nedlagt på grunn av høyt sykefravær blant de ansatte og sterk turbulens i personalgruppen. Man vet ikke hvorfor dette skjer eller hva det handler om. Det er heller ikke slik at alle avdelinger har det sånn. Det er imidlertid en utstrakt oppfatning i spiseforstyrrelsesfeltet at det å jobbe med pasienter med denne lidelsen er spesielt tøft og utfordrende, sammenlignet med andre sykdomsgrupper. Dette var med på å vekke min interesse for å utforske denne tematikken.

Jobbtilfredshet er et stort og viktig område innenfor sykepleieforskningen. Historisk sprang interessen for jobbtilfredshet ut av en antakelse om en sammenheng mellom grad av produksjon på arbeidsplassen og motiverte og tilfredse medarbeidere (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Dagens stadig sterke fokus på dette feltet henger blant annet sammen med de negative implikasjonene lav jobbtilfredshet har på individ – og samfunnsnivå.

Psykiske og fysiske skadevirkninger på ansatte, som utbrenthet og stress er faktorer som ser ut til å ha en sammenheng med ansattes trivsel på jobb og arbeidsplass, og som kan føre til negative konsekvenser både for den ansatte og for organisasjonen (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002). Det ser også ut til å være en sammenheng mellom jobbtilfredshet og kvalitet på pasientarbeid (Robertson, Gilloran, Mckee, Mckinley, & Wight, 1995). Det antas videre å være direkte og indirekte sammenhenger mellom jobbtilfredshet og grunner til at sykepleiere velger å bytte jobb og også mellom jobbtilfredshet og sykefravær på arbeidsplassen (Foss & Skyberg, 2008). Kvinner som er ansatt i sosial og - helsesektoren er den mest utsatte gruppen i forhold til langtids-sykefravær. Fravær og stor mobilitet blant sykepleiere er økonomisk kostbart for organisasjonen, og kan ha negative konsekvenser for den samlede kompetansen til personalet (ibid). Dette er kanskje særlig sårbart på spesialavdelinger, som utgjør settingen i denne studien, fordi man er avhengig av at kompetansen er spisset inn mot erfaring med å jobbe med en spesifikk lidelse.

Årsakene til høy eller lav jobbtilfredshet er ikke konstante, men har forandret seg gjennom tidene (Tovey & Adams, 1999). Samtidig finnes det flere likheter når man ser på sammenfatninger av forskning gjort i løpet av de siste tjue årene. I en meta-analyse utført av Blegen (1993) var jobbtilfredshet sterkest assosiert med stress (negativt) og organisatorisk forpliktelse (positivt). I en meta-analyse gjort ti år senere, på studier publisert etter 1993, var følgende tre variabler sterkest assosiert med jobbtilfredshet: stress, samarbeid mellom sykepleier - lege og autonomi (Zangaro, 2007).

Spiseforstyrrelser (SF) er en samlebetegnelse for alvorlige psykiske lidelser hvor en overopptatthet av mat, vekt og kropp er dominerende. Rundt 5 % av den kvinnelige, norske befolkningen er til enhver tid rammet av denne lidelsen (Espeset & Kjennerud, 2009). De diagnostiske hovedformene er anoreksia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse. Anoreksia nervosa kjennetegnes av ekstrem undervekt og frykt for å gå opp i vekt. Pasienter med en bulimidiagnose har episoder med overspising, etterfulgt av kompensatorisk atferd, som oppkast, overtrening eller bruk av laksantia. Pasienter med en overspisingslidelse har episoder med overspising, men har ingen kompensatorisk atferd (Helsedirektoratet, 2011).

Årsakene til at noen får en SF er komplekse, og kan ikke forklares ut fra en, enkel årsaksvariabel, som for eksempel kultur, eller mobbing. Det er vanlig å ta utgangspunkt i

en såkalt multifaktoriell årsaksmodell. Her deles ulike årsaker opp i *disponerende*; for eksempel arv, personlighetstrekk og familieforhold, *utløsende*; for eksempel et tap, en skade eller et traume, og *vedlikeholdende* faktorer; for eksempel de positive tingene spiseforstyrrelsen fører med seg, som opplevelsen av å bli sett og en følelse av å ha kontroll. Behandlingen blir følgelig derfor også kompleks. Vanligvis fokuseres det ikke så mye på de disponerende faktorene i behandlingen, men mer på de utløsende og vedlikeholdende faktorene. For å kunne hjelpe pasienten til å oppnå både fysisk og psykisk bedring er tverrfaglig behandling, hvor fokuset er på både psykologisk endring, og somatisk stabilisering og bedring, nødvendig. Et tverrfaglig team rundt en pasient består som regel av en sykepleier, lege og psykolog / psykiater og, ut fra pasientens behov, også fysioterapeut, familieterapeut og ernæringsfysiolog (Skårderud, 2004; Lask & Waugh, 2000). De som lider av en SF får ofte alvorlige psykiske og somatiske følgetilstander, som depresjon, hjertestans og osteoporose. Dødeligheten blant denne pasientgruppen er høy, med en tiårsmortalitet på ca 5, 9 %. Noen dør fordi kroppen ikke klarer mer, mens andre velger å ta sitt eget liv (Skårderud, 2004).

Pasienter med SF er ofte vanskelige å behandle på grunn av lav motivasjon for å bli frisk og sterk motstand mot behandling. Det kan derfor være utfordrende å etablere et samarbeid med pasienten rundt behandlingen. Prognosen for denne pasientgruppen er relativt dårlig. Ca 60 % av de som kommer i behandling blir friske. Noen av de alvorligst syke må i perioder av behandlingsforløpet innlegges og behandles mot sin vilje, dersom det er fare for liv og helse (Treasure & Schmidt, 2001; Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Tilfriskningsprosessen er lang og ressurskrevende. Man regner at det i snitt tar ca fire år å bli frisk fra en spiseforstyrrelse (Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000). Klinisk erfaring tilsier at dette er et utfordrende felt å jobbe i, med høyt sykefravær og høy turnover.

Mange pasienter som lider av en alvorlig spiseforstyrrelse trenger innleggelse på spesialiserte døgnavdelinger som et ledd i behandlingsprosessen. Pasientene bor på avdelingen og har behov for tett oppfølging, både i form av samtaler og en strukturering av dagen, spesielt i forhold til måltidene. Denne behandlingsformen, som foregår i selve avdelingen, kalles miljøterapi. På døgnavdelinger er dette den vanligste behandlingsformen for pasienter med SF. På slike avdelinger betegnes personalet som jobber i turnus som

miljøterapeuter. Hovedvekten av de ansatte på de fleste av disse avdelingene er sykepleiere, men også andre med treårig helsefaglig utdanning (Skårderud, 2004).

Det er på nasjonalt nivå besluttet at hver helseregion skal ha en egen regional avdeling for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. Disse avdelingene hører innunder spesialisthelsetjenesten. En regional avdeling skal ha spisskompetanse på sitt område, og skal, i tillegg til å behandle pasienter, bidra til å heve og spre kompetanse om fagfeltet i den aktuelle helseregionen (Helse og omsorgsdepartementet, 1999; Statistisk Sentralbyrå, 2010). Spesialavdelingene skal behandle alle former for SF (Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000). Det er etablert tilsvarende spesialavdelinger i de fleste europeiske land og i USA. Det finnes også noen andre spesialavdelinger for behandling av SF i Norge som ikke er regionale, men som også hører innunder spesialisthelsetjenesten.

Det er gjort mye forskning på jobbtilfredshet generelt i sykepleiefeltet. Etter en grundig litteraturgjennomgang ble det imidlertid ikke funnet noe publisert forskning som har undersøkt jobbtilfredshet blant sykepleiere som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Det var derfor ønskelig å undersøke dette nærmere.

1.2 Hensikt med studien

På tross av omfattende kunnskap om hva jobbtilfredshet er, og hvilke faktorer som bidrar i positiv eller negativ retning, vet man ikke om denne kunnskapen er overførbart til sykepleiere som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Sykepleiere er ingen homogen gruppe (Tovey & Adams, 1999). Studier som rettet mot en bestemt setting kan bidra til en dypere forståelse av denne spesifikke siden av sykepleie (Stamps, 1997). Hensikten med denne studien var derfor å utforske og beskrive hvilke temaer som sykepleiere som jobber på avdelinger for spiseforstyrrelser anser som viktige for en opplevelse av jobbtilfredshet. På bakgrunn av ovenstående tematikk var det ønskelig å spesifikt utforske og beskrive følgende:

1. Hva legger sykepleiere, som jobber på miljøterapeutiske avdelinger med behandling av spiseforstyrrelser, i begrepet jobbtilfredshet?
2. Hvilke organisatoriske faktorer virker inn på sykepleiernes sin opplevelse av jobbtilfredshet?
3. Hvilke individuelle faktorer påvirker sykepleierens opplevelse av jobbtilfredshet?
4. Hvilke relasjonelle faktorer virker inn på sykepleierens opplevelse av jobbtilfredshet?

1.3 Oppbygging og avgrensning av oppgaven

Etter denne innledningen følger en teoretisk gjennomgang av aktuell teori og forskning i kapittel 2. Kapittel 3 inneholder en beskrivelse av studiens design, metodevalg og forskningsetiske hensyn. I kapittel 4 blir studiens funn presentert. I kapittel 5 diskuteres funnene opp mot relevant teori og forskning. I tillegg inneholder dette kapittelet betraktninger rundt studiens begrensninger. I kapittel 6 oppsummeres studien, og det blir konkludert med mulige implikasjoner for praksis og videre forskning.

Utvalget i denne studien besto av sykepleiere som jobbet som miljøterapeuter. Termen miljøterapi / miljøterapeut vil bli brukt når det blir referert til behandlingsformen

avdelingen tilbyr, eller rollen som sykepleieren innehar. Ellers vil termen sykepleier bli brukt.

2 Teoretiske perspektiver

Under følger begrepsavklaringer og teoretisk bakgrunn for denne studien. Ulike teoretiske perspektiver på det temaet som blir forsket på kan være et godt grunnlag for å utvikle hensikten med studien, og kan også fungere som et vindu for refleksjon over studiens funn (Bjørk & Solhaug, 2008; Polit & Beck, 2008). Denne studien er av utforskende og beskrivende karakter, og støtter seg dermed ikke på et spesifikt teoretisk rammeverk eller en bestemt definisjon av jobbtilfredshet. Hensikten med dette kapittelet er å ramme inn studien. Det blir gjort gjennom å gi en oversikt over jobbtilfredshetsfeltet, samt å tegne et bilde av hva slags type arbeid og hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere som jobber i dette feltet har og hvordan arbeidshverdagen deres ser ut.

For å finne frem til tidligere forskning på området ble det søkt i databasene Medline, Chinahl, PubMed og PsychINFO. Kombinasjoner av følgende søkeord ble benyttet:

Eating disorders / Anorexia Nervosa /milieu therapy / nursing / psychiatric nursing / mental health nursing / job satisfaction / quality of work life /therapeutic alliance.

Fordi omfanget av forskning om jobbtilfredshet i sykepleiefeltet er så stort er forskningslitteraturen som er benyttet i den følgende fremstillingen hovedsakelig hentet fra det psykiatriske feltet. Spesielt er det brukt forskning gjort med utgangspunkt i en døgnspsykiatrisk setting, da de som regel jobber etter miljøterapeutiske prinsipper, og organisering og arbeidsmåte følger mye til felles med hvordan man jobber på en spiseforstyrrelsesavdeling (for et konkret eksempel på søkestrategi fra PsychINFO, se vedlegg I).

2.1 Miljøterapeutisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser

Arbeidsdagen til sykepleiere er influert av hva slags type arbeid de skal utføre, og hvilke former for kunnskap de må beherske for å fylle rollen. Under følger en kort presentasjon av den arbeidsmessige diskursen miljøterapeutisk arbeid med SF tilhører.

2.1.1 Kunnskapsarbeid

Profesjonelt arbeid kan defineres på følgende måte: "Professional work rests on institutionalised and established ways of doing certain types of work in certain types of work communities. This work is related to the need of shared understandings and patterns of action" (Nerland & Jensen, 2010, s. 83).

Den typen profesjonelle "arbeidssamfunn" sykepleie som profesjon tilhører kan karakteriseres som kunnskapsarbeid. "Kunnskapsarbeid er arbeid som i liten grad er rutinebasert og som vanskelig lar seg standardisere. Svarene på hvordan oppgavene skal utføres, er primært å finne i den kunnskapen arbeideren har tilgang til og utvikler gjennom praksis" (Irgens, 2010, s.10). Denne beskrivelsen passer godt på miljøterapeutisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser, da det ikke finnes en "oppskrift" eller standardisert metode på hvordan man kan hjelpe pasienten til å oppnå bedring (Lask & Waugh, 2000). Det som produseres i kunnskapsbedrifter skiller seg fra produksjon i tradisjonell forstand hvor det som produseres er konkret og målbart. Store deler av resultatet fra denne formen for arbeid består av produksjonen av ny kunnskap (Irgens, 2010), i tillegg til de spesifikke oppgavene en bestemt arbeidsplass har.

Kunnskapsarbeid består av to sentrale komponenter: en personlig og en relasjonell. Det personlige bidraget består i at det er arbeidstakeren selv som tilegner seg, forvalter og utøver kunnskapen. Kunnskapsarbeidet er relasjonelt fordi egen oppgaveløsning er avhengig av andres, og av en organisatorisk tilrettelegging som muliggjør at man kan tilegne seg andres syn på oppgaven og på hvordan den kan løses (Fossestøl, 2004). Det finnes ulike former for kunnskap. Kunnskapsbasen til sykepleiere kan sies å bestå av tre

dimensjoner: formell / vitenskaplig kunnskap, ”taus” kunnskap og personlig / erfaringsbasert kunnskap (Antrobus, 1997; Irgens, 2010).

I dagens kunnskapsorganisasjoner er kunnskap og jobbutførelse en samtidig prosess (Irgens, 2010). De ulike arbeidssituasjonene i dagens samfunn blir stadig mer komplekse. Dermed blir det et stadig større behov for, og tilsvarende høyere krav til, kunnskap. Som en konsekvens av dette er det en tendens til en kunnskaskasering eller epistemifisering av arbeidslivet. I det ligger en stadig sterkere vektlegging av ekspertkunnskap, og at kunnskapen har fått en mer abstrakt karakter (Fossestøl, 2004; Nerland & Jensen, 2010). Sykepleiere som jobber på en spesialavdeling for behandling av spiseforstyrrelser kan inneha denne typen abstrakt ekspertkunnskap, fordi de skal hjelpe mennesker som lider av en spesifikk lidelse. Samtidig som kunnskapen er abstrakt, skal den brukes på en konkret måte; å oppnå en bedret helsetilstand for pasienten. En slik form for kunnskapsarbeid kjennetegnes også av en samtidig endring og kontinuitet i arbeidet (Nerland & Jensen, 2010). Kunnskapsarbeid karakteriseres i utgangspunktet av stor grad av autonomi i arbeidshverdagen, hvor arbeidstakeren har en fleksibel arbeidshverdag og kan legge opp dagen sin selv. Samtidig jobber de fleste kunnskapsarbeidere innenfor et system, og kan dermed også være avhengige av kunnskap som er nedfelt i strukturene og systemer i organisasjonen hvor de er ansatt (Irgens, 2010). Dette er en god beskrivelse av arbeidshverdagen til en sykepleier som jobber miljøterapeutisk med pasienter med SF, hvor strukturen i den miljøterapeutiske behandlingen legger noen tydelige rammer for hvordan arbeidshverdagen deres ser ut. Sykepleierne vil være bærere av kunnskapen som er nedfelt i den miljøterapeutiske avdelingen.

2.1.2 Miljøterapeutisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser

Miljøterapeutisk arbeid består av noen sentrale komponenter. Omgivelsene og miljøets betydning i forhold til hva som er god sykepleie ble fremhevet allerede av Florence Nightingale (1992):

Nursing is an act of utilizing the environment of the patient to assist him in his recovery. (...) It involves the nurse's initiative to configure environmental settings appropriate for the gradual restoration of the patient's health, and that external factors associated with the patient's surroundings affect life or biologic and physiologic processes, and his development (s.38).

Begrepet miljøterapi stammer fra såkalte ”terapeutiske samfunn”, som man kan finne spor av helt tilbake til 1250 (Norton, 2004). Et terapeutisk miljø skiller seg fra et vanlig miljø på følgende måte:

A milieu is any environment in which a patient or anyone else lives. A 'therapeutic' milieu represents a 'specialized environment', which is designed to fulfill the general purposes of preventing "bad" things from happening and allowing "good" things to occur (Gunderson, 1978, s, 328).

Miljøterapi kan sies å være en form for manipulering, i positiv forstand, av miljøet rundt pasienten. Miljøterapeutiske prinsipper, er, ikke ulikt Nightingales (1992) beskrivelse, rettet mot en manipulering, i positiv forstand, av pasientens eksterne miljø. Hensikten er at individet skal få utvikle seg innenfor rammer som fremmer normalutvikling, og hemmer eller beskytter mot uønsket eller uhensiktsmessig atferd. Gunderson (1978), kjent som miljøterapiens “far” trakk frem følgende fem sentrale hovedtrekk ved det terapeutiske miljøet, som fremdeles er aktuelle i dag.

- Beskyttelse: handler om å opprettholde pasientenes fysiske velvære. Målet er å minimere sannsynligheten for fysiske skader som følge av at pasientene ikke kan ivareta grunnleggende fysiske behov selv.
- Støtte: fokuserer på viktigheten av å styrke pasientenes selvfølelse gjennom råd og psykoedukasjon.
- Struktur: en forutsigbar organisering av tid, sted og person. Miljøet skal være tilrettelagt på en slik måte at individet kan knytte seg til miljøet rundt seg på en trygg måte.
- Involvering: handler om at pasientene skal få hjelp til å danne sosiale kontakter og delta i det sosiale miljøet rundt seg.
- Engasjement: innebærer prosesser som støtter pasientens individualitet. Oppnås gjennom individualiserte behandlingsplaner.

Hvordan de ulike prinsippene bør vektlegges i miljøet avhenger av pasientenes tilstand og diagnose (Gunderson 1978). I miljøterapeutisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser vektlegges særlig prinsippene om beskyttelse, struktur og engasjement.

I dag brukes miljøterapibegrepet stort sett om behandling på døgnavdelinger og – institusjoner i psykiatrien. Grunnprinsippene kan imidlertid også brukes i andre sammenhenger, som på en somatisk avdeling eller hjemme hos pasienten (Skårderud, 2004). Miljøterapi til pasienter med spiseforstyrrelser kan defineres på følgende måte:

Miljøterapiens hovedoppgave er å skape muligheter for at pasienten i sin situasjon kan arbeide med sin forandring og utvikling. Miljøterapi handler om å definere rammer for pasienten for å ha rom til å ta imot følelser og reaksjoner på disse rammene. En viktig side av å definere grenser rundt måltider og aktivitet er å bidra til at det blir tid og rom for å se pasienten (Skårderud, 2004, s.184).

Hovedmålet med behandlingen er å hjelpe pasienten til å ønske å bli frisk fra spiseforstyrrelsen. For å oppnå dette jobbes det blant annet med å hjelpe pasienten til å gå opp i vekt, normalisere kostholdet, slutte med / redusere kompensatorisk atferd, som oppkast og overtrening, og bedre selvfølelsen. Miljøterapeutisk behandling er en sentral del av behandlingen, og utgjør hovedforskjellen mellom døgnbehandling og poliklinisk behandling (Skårderud, 2004).

Som det fremkommer av definisjonen har strukturen som ligger i organisasjonen, som timeplan, måltider og møter en terapeutisk hensikt i seg selv, fordi den skaper rammer, forutsigbarhet og innhold i dagen. De rammene og reglene som man anser som helt essensielle for behandlingen kalles gjerne for ”non – negotiables”- ikke forhandlingsbare rammer. Hvilke rammer dette dreier seg om kan variere fra avdeling til avdeling, men mange av reglene er som regel rettet mot karakteristika ved SF-psykopatologien, som symptomhåndtering, og regler rundt mat og måltider (Geller & Sriameswaran, 2006). Samtidig er strukturen rundt behandlingen en nødvendig forutsetning for at annet terapeutisk arbeid kan finne sted (Larsen, 2004; Skårderud, 2004). Imidlertid må sykepleieren finne en balanse mellom håndheving av tydelige regler, og når hun skal være fleksibel. Rigid atferd er karakteristisk for pasienter med SF (Lask & Waugh, 2002), og det er viktig at terapeutene ikke opptrer på samme måte. På tross av en tydelig struktur, og tilsynelatende konkrete arbeidsoppgaver, finnes det mange oppgaver som det ikke finnes en gitt løsning på. Dermed blir det en stadig vekselvirkning mellom struktur, som er bærer av kontinuiteten og et mer dynamisk og endringsbasert arbeid hvor mye av det som skjer oppstår i møtet mellom sykepleieren og pasienten. Å finne denne balansen er, som all annen terapi, en kunstart (Skårderud, 2004). For å få til dette må sykepleieren kombinere

formell og taus kunnskap, også kalt tøydy kunnskap (Antrobus, 1997; Irgens, 2010). Det som skiller miljøterapeutisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser fra miljøterapi i det generelle psykiatriske feltet er at strukturen rundt mat og måltider står helt sentralt, og krever mye oppfølging fra miljøterapeutene. Andre arbeidsoppgaver innebærer blant annet fysiske og psykiske observasjoner, og samtaler. Ved alvorlig underernæring kan tvangsinngjøring og -behandling være nødvendig, noe som ofte er etisk utfordrende og psykisk belastende for personalet (Lask & Waugh, 2000). Resultatet eller produktet av denne formen for arbeid blir dermed både ny kunnskap om hvordan man best kan hjelpe pasienten og konkret, målbar endring hos pasienten, som vektoppgang.

De ansatte som jobber i miljøet tilbringer mest tid sammen med pasientene, sammenlignet med andre yrkesgrupper som jobber med pasienten (Treasure, Todd, & Szmuckler, 1995). Det er miljøterapeutene som har den daglige kontakten med pasientene, og tilbringer det meste av vaken med dem. Relasjonen mellom pasient og miljøterapeut kalles for den terapeutiske alliansen og ansees som et nødvendig fundament for å kunne hjelpe pasienten. En god terapeutisk allianse til pasientene er en forutsetning for alt terapeutisk arbeid (Lask & Waugh, 2000). En terapeutisk allianse kan sies å bestå av tre faktorer:

1: *Målsetting* – enighet mellom pasient og terapeut om terapiens målsetting.

2: *Definisjon og implementering* av oppgaver mellom pasient og terapeut.

3: *Kvaliteten på båndet* mellom terapeut og pasient (Bordin, 1979).

Sykepleieteoretikeren og den psykiatriske sykepleieren Hildegard Peplau (1987) legger stor vekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient i sin modell, hvor den interpersonlige relasjonen mellom pasient og sykepleier står sentralt. Hun ser på forholdet mellom sykepleier og pasient som en prosess hvor begge er aktive deltakere. Pasienten er ikke en passiv mottaker av pleien. Sentralt i dette er at pasient og sykepleier jobber sammen mot et felles mål. Peplau (1987) beskriver utviklingen av relasjonen som en firetrinnsprosess med følgende innhold: identifikasjonsfase, orienteringsfase, utnyttelsesfase og avslutningsfase.

Et fellestrekk som fremheves i litteraturen om terapeutisk allianse er viktigheten av å etablere en felles målsetting mellom terapeut og pasient (Peplau, 1987; Bordin, 1979). Kunnskap om relasjoner er derfor en sentral del av sykepleierne som jobber i dette feltet

sin kunnskapsbase. Det å etablere og opprettholde en god terapeutisk allianse kan være særlig utfordrende når man jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Det kan blant annet forklares med pasientens lave motivasjon for, eller motstand mot, behandling, og lave motivasjon for endring av sykdomsrelatert atferd, som for lavt matinntak (Ramjan, 2003; King & Turner, 2000; Snell, Crowe, & Jordan, 2009). Også avdelingens behandlingsprofil, som struktur og planer for vektoppgang, er med på å prege etableringen av og kvaliteten på den terapeutiske alliansen (Snell et al., 2009). For å utvikle en god relasjon må sykepleieren benytte seg av ulike strategier for å øke pasientens bevissthet rundt sin sykdom og redusere motstand mot behandling hos pasienten. Disse kan være direkte, i form av interaksjon med pasienten, eller indirekte, som samtaler med kollegaer om relasjonen til pasienten (Snell et al., 2009). Det at pasientene mottar behandling de ikke nødvendigvis ønsker, er også med å prege forholdet mellom pasient og sykepleier, og kan gi seg utslag i en gjensidig mistillit (Ramjan, 2003; King & Turner, 2000). Et nært samarbeid med kollegaer er viktig for å få råd og støtte i arbeidet med å utvikle en god relasjon til pasienten (Micevski & McCann, 2005).

Å jobbe miljøterapeutisk med pasienter med SF innebærer en rekke ulike, og muligens motstridende roller. En sentral oppgave når man jobber som sykepleier med denne pasientgruppen, er rollen som talsperson for pasienten. Det er ofte sykepleieren som må videreformidle pasientens synspunkter til det tverrfaglige teamet, samtidig som hun må iverksette tiltak vedtatt av teamet, som pasienten kanskje motsetter seg. Sykepleierne må kontinuerlig jobbe for å opprettholde den terapeutiske alliansen til pasienten (Snell et al., 2009). Noen føler også at de får en rolle som ”mor” eller ”venn” ovenfor pasienten under innleggelsen. Samtidig innebærer rollen ofte en kontrollfunksjon, særlig i forhold til mat / måltider og fysisk aktivitet, noe som igjen kan føre til en kamp om kontroll med pasienten (Ryan, Malson, Clarke, Anderson & Kohn, 2006; Ramjan, 2003).

Å jobbe med pasienter med SF kan oppleves som emosjonelt utfordrende for sykepleieren. En opplevelse av manipulativ atferd og motstand mot behandling blant pasientene kan utfordre kjerneverdier som omsorg og ikke-dømmende atferd hos sykepleieren. Man kan oppleve at pasientenes atferd og holdninger gjør det vanskelig å opprettholde disse kjerneverdiene i møte med spiseforstyrrede pasienter, og at det dermed blir et sprik mellom holdninger og faktisk atferd. Noen sykepleiere beskriver arbeidet som emosjonelt

utmattende, og at de kan reagere med sinne og frustrasjon på pasientenes oppførsel (Ramjan, 2003; Ryan et al., 2006).

Sykepleiere som jobber som miljøterapeuter med pasienter med SF jobber i et landskap hvor den formelle kunnskapen om hva som utgjør ”god eller ”dårlig” miljøterapi er uklart. De kan imidlertid støtte seg på annen formell kunnskap, som somatisk kunnskap og kunnskap om ernæring, samt taus og personlig kunnskap. Hoveddelen av arbeidsdagen befinner miljøterapeuten seg i krevende relasjonelt arbeid med pasientene, som igjen er avhengig av hvordan miljøterapien er planlagt, styrt og utøvd. Dette er et emosjonelt utfordrende terreng å anvende kunnskapen sin i, og vil virke inn på hvordan sykepleierne har det på jobb.

2.2 Jobbtilfredshet

Ulike perspektiver på jobbtilfredshet blir i det følgende presenterert. Deretter blir det redegjort for aktuell forskning vedrørende faktorer som påvirker opplevelsen av jobbtilfredshet, og hvilke utfall høy eller lav jobbtilfredshet kan medføre for arbeidstakeren.

2.2.1 Om begrepet jobbtilfredshet

Det finnes utallige definisjoner av jobbtilfredshet, noe som gjenspeiler at det finnes flere ulike teoretiske tilnærminger til hvordan begrepet kan forstås. Jobbtilfredshet kan enklest defineres som i hvilken grad arbeidstakeren liker jobben sin (Spector, 1997). Denne definisjonen inneholder imidlertid ikke noe informasjon om hvilke faktorer som er involvert i å produsere denne tilstanden. En mye brukt definisjon er Erwin Locke (1976) sin: ”a pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one’s job experience” (s. 1304). Her kommer det tydelig frem at jobbtilfredshet er et resultat av arbeidstakerens subjektive vurdering, men Locke sier heller ingenting om hvilke forhold som bidrar til jobbtilfredshet. Det har videre vært en utvikling fra en kategorisk og passiv forståelse av begrepet, med definisjoner som fokuserer utelukkende på karakteristika ved

arbeidsplassen som viktig for arbeidstakerens opplevelse av jobbtilfredshet, til en mer dynamisk forståelse, hvor jobbtilfredshet blir forstått som et resultat av samspill mellom individuelle kjennetegn og trekk ved organisasjonen. Følgende definisjon inkluderer både individuelle og organisatoriske perspektiver:

“A multivariate human attitude that encompasses aspects of the work situation as well as the workers response to that situation. Job satisfaction is considered to be jointly determined by characteristics of the individual, the organisation and the environment” (Smith P.C, 1974, s.272).

Som definisjonen over viser kan jobbtilfredshet ses på som arbeidstakerens holdning til jobben sin. En holdning består av følgende tre komponenter: en *affektiv* komponent, arbeidstakerens følelser ovenfor jobben sin, en *kognitiv* komponent, arbeidstakerens tanker rundt jobben sin og en *atferdskomponent*, arbeidstakerens handlinger relatert til jobben sin (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Jobbtilfredshet er ikke en enhetlig tilstand, men kan sies å bestå av flere ulike elementer eller fasetter. Man kan være tilfreds med noen av fasettene, og utilfreds med andre. Jobbtilfredshet kann følgelig beskrives som en gradert opplevelse (Kaufmann & Kaufmann, 2003, Einarsen & Skogstad, 2005).

2.2.2 Teoretiske perspektiver på jobbtilfredshet

Historisk er det særlig to tradisjoner som har hatt stor betydning for dagens forståelse av, og forskning på jobbtilfredshet; teorien om vitenskaplig ledelse og Hawthorne-studiene (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Teorien om vitenskaplig ledelse ble utviklet av Frederick Taylor (1998). Hans mål var å finne ut mer om hvordan bedrifter kunne organisere og optimalisere arbeidsprosessene slik at arbeidstakeren kunne bidra til mest mulig effektiv produksjon på arbeidsplassen. Dette henger sammen med hans kunnskapssyn, som gikk ut på at kunnskap var noe som var ”forbeholdt” ledelsen. Arbeidstakerne var ansvarlige for den konkrete produksjonen. Dette skiller seg fra synet i kunnskapsbedrifter, hvor kunnskap blir produsert og anvendt i alle ledd av organisasjonen (Irgens, 2010). Taylor (1998) hevdet videre at arbeiderens motivasjon først og fremst er bygget på interessen for økonomisk belønning. En arbeider som trives er, ifølge Taylor, dermed en som tjener mest mulig med minst mulig innsats.

Hawthorne – studiene ble gjort ved en elektrisk fabrikk, og tok utgangspunkt i Taylors (1998) tanker om vitenskaplig ledelse. Det ble undersøkt hvordan ulik belysning kunne påvirke arbeiderens trøtthet, og dermed hvor mye de produserte i løpet av arbeidsdagen. Det viste seg imidlertid at produktiviteten også økte i kontrollgruppen, og at produktiviteten ble opprettholdt etter at gruppen fikk justert ned lysforholdene på arbeidsplassen. Resultatene viste derimot at de psykologiske og sosiale forholdene ved arbeidet spilte inn på produksjonen, og at sosial anerkjennelse påvirket jobbtilfredsheten til arbeiderne. Resultatene utfordret dermed det rådende synet om at endringer i arbeidsforhold førte til økt produktivitet, spesielt ideen om at det kun var økonomiske insentiver som var en sterk motivasjonsfaktor for arbeidstakerne. Denne tradisjonen har hatt stor betydning for senere forskning på de psykososiale forholdene på arbeidsplassen (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005).

Det finnes i dag mange ulike teoretiske perspektiver på jobbtilfredshet, og mange forskjellige måter å dele inn disse teoriene på. En vanlig inndeling er å skille mellom *innholdsteorier* og *prosessteorier* (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Adams & Bond, 2000; Stamps, 1997).

Hovedfokuset i et innholdsteoretisk perspektiv på jobbtilfredshet er hva som motiverer individet til å yte på jobb. Det er fokus på hvilke faktorer som påvirker holdninger og på hva som motiverer atferd, uavhengig av om variablene er knyttet til individet eller organisasjonen. Det tas utgangspunkt i at alle mennesker har visse, allmenngyldige behov. Behovene forstås som en mangeltilstand hos arbeidstakeren som skaper atferd med den hensikt å tilfredsstille behovet (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Stamps, 1997; Einarsen & Skogstad, 2005).

Kritikk rettet mot innholdsteoriene peker spesielt på at det er vanskelig å finne behov som er universelle, og som kan dekkes innenfor rammene av arbeidsplassen (Stamps, 1997). I tillegg forklarer ikke disse teoriene sammenhengen mellom spesifikke behov og arbeidstakerens atferd (Bussing, 1992). Innholdsteorier har sitt utspring i et instrumentelt syn på mennesket, og produksjon i form av konkrete resultater. Et instrumentelt syn på produksjon gir ikke nødvendigvis mening i sykepleiesammenheng. Samspillet mellom sykepleier og pasient, som står helt sentralt i miljøterapeutisk arbeid med pasienter med SF (Skårderud, 2004), kan for eksempel vanskelig "måles". Det kan heller ikke taus eller

personlig kunnskap, som er en vesentlig del av sykepleierne som jobber i dette feltets kunnskapsbase, og også en sentral del av hva som produseres i en kunnskapsbedrift (Irgens, 2010). I forhold til sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser kan heller ikke bedring nødvendigvis brukes som mål, fordi mange ikke blir friske. Det er heller ikke enighet innen spiseforstyrrelsesfeltet om hvilke kriterier man skal bruke for hva det vil si å være frisk (Lask & Waugh, 2000). Det er derfor usikkert hvor overførbar denne forståelsen er til det komplekse og sammensatte arbeidet som sykepleie består av (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Locke, 1969; Stamps, 1997).

En prosessteoretisk tilnærming til jobbtilfredshet er, i motsetning til innholdsteoriene, ikke fokusert på hva som skaper tilfredshet, men på hvorfor og hvordan den oppstår. I denne forståelsesrammen ses jobbtilfredshet på som et resultat av samspillet mellom individets forventninger og verdier og faktorer knyttet til organisasjonen. Prosessteoriene legger til grunn at arbeidstakeren er et rasjonelt vesen med et aktivt forhold til hva hun ønsker å oppnå. Prosessteorier kan deles opp i følgende undergrupper:

1. *Behovoppfyllelsteorier (need fulfillment)*. I dette perspektivet avhenger en opplevelse av jobbtilfredshet av i hvilken grad arbeidstakerens behov / ønsker er tilfredsstilt innenfor rammen av arbeidsplassen. Jo større behovet / ønsket er, jo større tilfredshet opplever arbeidstakeren når behovet er møtt.
Behovoppfyllelsteorier kan igjen deles inn i to undergrupper
 - a. *Diskrepansteorier*: jobbtilfredshet sees på som forskjellen mellom hva arbeidstakeren ønsker seg av jobben, og de faktiske erfaringene hun har med arbeidssituasjonen. Utilfredshet kan derfor forstås som en konsekvens av at det er et avvik mellom ønsket og faktisk resultat.
 - b. *Multiplikativmodeller*: individets jobbtilfredshet forstås som et produkt av den relative viktigheten av arbeidstakerens personlige og arbeidsrelaterte behov. Graden av opplevd jobbtilfredshet blir vurdert utfra i hvor stor grad disse behovene blir tilfredstilt gjennom jobben.
2. *Likhetsteorier*: I et likhetsteoretisk perspektiv er den sosiale konteksten arbeidstakeren befinner seg i avgjørende for hennes opplevelse av jobbtilfredshet.

Påvirkningskraften andres behov har på individets egne behov blir understreket. (Kaufmann & Kaufmann, 2003, Stamps, 1997).

Kritikere til en prosessteoretisk forståelse av jobbtilfredshet hevder at det er et nesten utelukkende fokus på de kognitive prosessene til individet, og at hvilke faktorer som er involvert i å produsere tilfredshet blir underkommunisert (Stamps, 1997; Kaufmann & Kaufmann, 2003). Omgivelsenes betydning i forhold til jobbtilfredshet vektlegges i mindre grad, elementer som er viktig i forhold til behandling av SF (Skårderud, 2004, Lask & Waugh, 2002).

2.2.3 Sentrale teorier om jobbtilfredshet

Tofaktor-teorien om jobbtilfredshet, utviklet av Herzberg (1993) er den første fullstendige, og blant de mest kjente, teoriene relatert til jobbtilfredshet. Denne teorien har et innholdsteoretisk perspektiv (Stamps, 1997). Tofaktorteorien spesifiserer forholdet mellom jobbtilfredshet og motivasjon, og differensierer mellom tilfredshet og utilfredshet.

Herzberg (1993) så på jobbtilfredshet som en kilde til økt produktivitet. Han utviklet teorien med bakgrunn i intervjuer av arbeidstakere, hvor han undersøkte hvilke faktorer de forbandt med trivsel og mistriivsel på jobb. Herzberg hevdet at tilstedeværelsen av visse faktorer på arbeidsplassen, kalt *motivasjonsfaktorer*, skaper tilfredshet. Arbeidstakeren blir imidlertid ikke utilfreds hvis disse premissene ikke er tilstede. Motivasjonsfaktorene er: prestasjon, gjenkjennelse, avansement, jobben i seg selv og mulighet for vekst og ansvar. Disse faktorene beskriver ”indre” jobbforhold, også kalt intrinsiske faktorer. Fravær av visse andre faktorer; *hygienefaktorer*, fører til utilfredshet. Herzberg identifiserte ti hygienefaktorer, som beskriver ”ytre” forhold ved jobben, også kalt ekstrinsiske faktorer. Disse er: organisasjonspolitikk, teknisk veiledning, interpersonlige relasjoner til kolleger, lønn, jobbsikkerhet, privatliv, arbeidsforhold og status. Jobbtilfredshet og jobbutilfredshet er, ifølge Herzberg, ikke to motpoler på en skala, men jobbtilfredshet kan være et resultat av fravær av faktorer som skaper utilfredshet; hygienefaktorene. Herzberg hevdet derfor også at arbeidstakeren kan være både tilfreds og utilfreds med jobben sin samtidig.

Tofaktormodellen er empirisk testet, men har blandet støtte, også i sykepleiefeltet, spesielt

i forhold til om jobbtilfredshet og jobbutilfredshet kan forstås som diametralt forskjellige konsepter (Stamps, 1997; Kaufmann & Kaufmann, 2003; Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1993; Einarsen & Skogstad, 2005).

Det mest kjente eksemplet på diskrepansteoriene er Lockes verdidiskrepansteori om jobbtilfredshet (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Locke (1976) mente at tilfredshet handler mer om å få tilfredstilt personlige ønsker og verdier enn å dekke allmenne underskuddsbehov, som to – faktorteorien tar utgangspunkt i (Herzberg, 1993). Locke (1976) hevdet videre at tilfredshet oppstår hvis resultatet av arbeidstakernes innsats samsvarer med det de ønsker å oppnå i jobben sin. Bare dimensjoner ved jobben som var viktig for arbeidstakeren, men som ikke er oppfylt gjennom jobben, vil resultere i utilfredshet. Locke skilte mellom to ulike vurderingsdimensjoner: arbeidstakerens vurdering av hvor viktig ønsket / verdien er for henne, og graden av diskrepans mellom ønsket og det resultatet hun har oppnådd (Stamps, 1997; Einarsen & Skogstad, 2005; Kaufmann & Kaufmann, 2009; Locke, 1969; Locke, 1976).

Adams (1968) utviklet en teori basert på en prosess – og likhetsteoretisk forståelse av jobbtilfredshet. Denne teorien ble utviklet med bakgrunn i en kritisk holdning til teorier som utelukkende tar utgangspunkt i et individperspektiv, og er basert på en antakelse om at alle mennesker ønsker en lik og rettferdig behandling innenfor det sosiale systemet de tilhører. Arbeidstakeren vurderer sin grad av tilfredshet gjennom å sammenligne seg med andre i tilsvarende jobber. Tilfredshet kan være et resultat av opplevd forskjellsbehandling i både positiv og negativ forstand, kalt over- og underbelønning. En opplevelse av å være underbelønnet, som regel relatert til lønn, vil føre til en opplevelse av å være urettferdig behandlet. En opplevelse av å være overbelønnet kan forårsake at man kjenner seg skyldig. En opplevelse av å bli behandlet anderledes enn gruppen av kollegaer man sammenlikner seg med, både i positiv og negativ forstand, kan skape jobbutilfredshet. Et opplevd misforhold mellom egne og andres betingelser vil resultere i et behov om å gjenopprette balansen (Adams, 1968; Stamps, 1997; Einarsen & Skogstad, 2005; Kaufmann & Kaufmann, 2009).

Thorsrud og Emery (1970) har utviklet en modell som formulerer seks psykologiske forhold ved jobben, såkalte jobbkrav, som, hvis ivaretatt, vil bidra til økt trivsel og motivasjon blant arbeidstakerne. Thorsrud og Emery var influert av perspektivet på

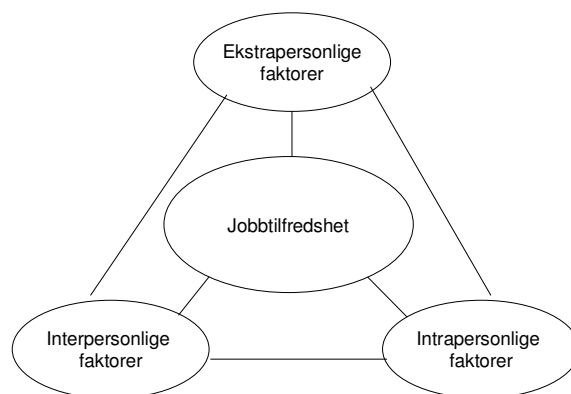
jobbtilfredshet som stammer fra Hawthorne-tradisjonen. De var opptatt av forholdet mellom produksjon / ytelse og jobbtilfredshet, og hevdet at trivsel er en kilde til økt produktivitet hos arbeidstakeren. De var også opptatt av hvilke trekk som kjennetegner et godt arbeidsmiljø. Jobbkravene er inkludert i dagens arbeidsmiljølov (Arbeidsdepartementet, 2005). Modellen er imidlertid ikke testet empirisk. De seks jobbkravene er: behov for *innhold* i jobben, behov for å kunne *lære* noe i jobben og fortsette å lære noe, behov for å kunne *treffe beslutninger* (autonomi), behov for et minimum av *anseelse og sosial støtte*, behov for å se en *sammenheng mellom jobben man gjør og verden utenfor* og behov for at jobben man har er *forenlig med en ønskverdig fremtid* (Thorsrud & Emery, 1970).

En annen sentral teori om jobbtilfredshet, som i likhet med Thorsrud og Emerys modell er opptatt av de psykososiale forholdene ved jobben, er jobbkarakteristika-modellen, utviklet av Hackman og Oldham (1976). Hackmann og Oldham identifiserte følgende fem jobbkarakteristika: *ferdighetvariasjon*, *oppgavens identitet* (om arbeidstakeren har gjort hele eller deler av jobben), *oppgavens viktighet/betydning for andre mennesker*, *autonomi* og *tilbakemeldinger* på om man har gjort en god jobb. Sett i sammenheng med karakteristika for arbeidet er kritiske psykologiske tilstander hos arbeidstakeren. Ferdighetsvariasjon, oppgavens identitet og oppgavens betydning er avgjørende for hvorvidt arbeidstakeren føler at hun har et arbeidsom oppleves som *meningsfylt*, autonomi har betydning for *opplevelse av ansvar for utfall av arbeidet*, mens tilbakemeldinger er vitalt for *kjennskap til resultatet av arbeidet*. Hackmann og Oldham (1976) hevder videre at disse tilstandene har sammenheng med mulige utfallsvariabler, deriblant jobbtilfredshet. De har også med en personlighetsdimensjon i modellen, som tar utgangspunkt i at mennesker har forskjellige behov for læring, vekst og utvikling.

Som beskrevet over finnes det en rekke ulike teoretiske tilnærminger til en forståelse av jobbtilfredshet, og følgelig også ulike definisjoner av begrepet. Felles for de ulike teoriene om jobbtilfredshet er at de ser på hvordan arbeidstakerens forventninger, behov, verdier og trekk ved organisasjonen sammen fører til en opplevelse av tilfredshet eller utilfredshet med hele eller deler av jobben. Under er disse ulike bidragene til jobbtilfredshet forsøkt konseptualisert og illustrert med en modell. Modellen sier ingenting om forholdene mellom faktorene. Områdene modellen dekker favner også studiens forskningsspørsmål.

- i) Intrapersonlige faktorer: individuelle og personlige forhold.
- ii) Ekstrapersonlige faktorer: kontekst - og organisatoriske faktorer.
- iii) Interpersonlige faktorer: samarbeids- og relasjonelle faktorer.

Figur 1 Konseptuell modell over bidragende faktorer til jobbtilfredshet



Opplevelsen av jobbtilfredshet er intrapersonlig, men ulike teorier om jobbtilfredshet vektlegger betydningen av de ulike faktorene forskjellig i relasjon til hva som skaper denne tilstanden. Herzberg (1993) er eksplisitt i forhold til hvilke faktorer som er involvert i produksjonen av tilfredshet, mens teorier som hører til en prosessteoretisk tradisjon, som verdidiskrepanteorien (Locke, 1976) og likhetsteorien utviklet av Adams (1968) hevder at hvilke ekstra og interpersonlige faktorer som er viktige for en opplevelse av jobbtilfredshet avhenger av hvem man er som menneske og det sosiale systemet man er medlem av.

Den konseptuelle modellen vil bli brukt i den følgende fremstillingen av bidragende faktorer til jobbtilfredshet

2.2.3 Bidragende faktorer til jobbtilfredshet

Intrapersonlige faktorer

Hvem man er som person, både i form av personlighetstrekk, og karakteristika som kjønn og alder, og hva man bærer med seg av kunnskap er med på å påvirke hvordan man har det på jobb.

Arbeidstakerens personlighet kan være med på å påvirke hennes grad av jobbtilfredshet. En metaanalyse av Judge et al (2002), som så på sammenhengen mellom jobbtilfredshet og personlighet fant at personlighet kan forklare ca 17% av arbeidstakerens jobbtilfredshet (Judge, 2002). Denne studien var ikke spesifikk i forhold til sykepleiefeltet. Få studier har sett på sammenheng mellom personlighet og jobbtilfredshet både i det generelle sykepleiefeltet, og i forhold til psykiatrisk sykepleie. Thomson, Soares, Nolan & Dallender (1999) undersøkte hvilke faktorer som bidro til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere på ulike sykehus. De fant at personlige variabler, som mestringsmekanismer og selvtillitt, i liten grad bidro til sykepleiernes trivsel på jobb. En studie med utgangspunkt i en akuttpsykiatrisk setting fant at personlige egenskaper, som sykepleierens motstandsdyktighet (resilience), kunne påvirke jobbtilfredsheten i positiv retning, fordi en sykepleier som har denne egenskapen er mer tilpasningsdyktig i forhold til stress på arbeidsplassen (Matos, Neushotz, Quinn, & Fitzpatrick, 2010). Studien ga ingen informasjon om de oppfattet motstandsdyktighet som en lært eller medfødt egenskap. Flertallet av deltakerne i studien var eldre enn 40 år og hadde lang erfaring fra det psykiatriske feltet.

I litteraturen er det generelt lave, men stabile funn på tvers av studier for ulike demografiske variabler, som kjønn, alder og utdanning (Stamps, 1997). Yngre sykepleiere ser ut til å være mindre tilfredse enn eldre (Hyrkas, 2005). Det samme gjelder for de som har kort utdanning og lite erfaring (Finnøy, 2000). Matos et al (2010) fant imidlertid ingen

sammenheng mellom grad av tilfredshet og erfaring. Det ser ut til å være en positiv sammenheng mellom jobbtildfredshet og videreutdanning. Grunnen til det kan være fordi sykepleiere med videreutdanning er mer fornøyde med arbeidsmengde og mindre fornøyde med stress relatert til jobben, enn sykepleiere uten videreutdanning (Alexander, Lichtenstein, Oh, & Ullman, 1998). Hyrkas (2005) fant at sykepleiere med videreutdanning opplevde høyest jobbtildfredshet og mindre utbrenthet enn sykepleiere uten videreutdanning. Høy grad av formell kunnskap (Antrobus, 1997) knytter seg således positivt til jobbtildfredshet.

Interpersonlige faktorer

Det å ha gode relasjoner til både kollegaer, leder og pasienter er for mange arbeidstakere viktige faktorer for hvordan man har det på jobb. Interpersonlige relasjoner er inkludert i både innholdsteoretiske og prosessesteoretiske tilnærminger til en forståelse av jobbtildfredshet (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005). Det relasjonelle aspektet vektlegges også i de fleste former for kunnskapsarbeid (Irgens, 2010). En meta-analyse av jobbtildfredshet i det generelle sykepleiefeltet fant at interpersonlige forhold, som god kommunikasjon med kollegaer, hadde en positiv, signifikant sammenheng med jobbtildfredshet (Blegen, 1993; Zangaro, 2007). Dette får støtte også i forskning fra det psykiatriske sykepleiefeltet. Flere studier fant at gode relasjoner til kollegaer var blant de viktigste kildene til jobbtildfredshet (Farrel & Dares, 1999; Allen & Vitale-Nolen, 2005). En av grunnene til at dette er så viktig kan være den positive sammenheng mellom jobbtildfredshet og høy grad av sosial støtte fra kollegaer på jobb (Hamaideh, 2011). Sosial støtte fra leder kan også fremme en opplevelse av jobbtildfredshet (Thomson et al., 1999; Dallender & Nolan, 2002).

Også relasjonen man har til lederen sin kan spille inn på grad av jobbtildfredshet. Det er viktig at arbeidstakeren opplever støtte fra, og er fornøyd med, lederen sin (Thomson, Soares, Nolan, & Dallender, 1999; Dallender & Nolan, 2002). Nærmeste leders holdninger og handlinger kan ha en sammenheng med en generell opplevelse av jobbtildfredshet, og er også knyttet til andre fasetter av jobbtildfredshet (Aronson, 2005). Mangel på medarbeidersamtaler og en lite tilgjengelig avdelingssykepleier kan føre til mangel på helhetlige mål for avdelingen, som igjen kan påvirke arbeidsmiljøet og de ansattes forhold

til jobben sin i negativ retning (Farrel & Dares, 1999). Disse faktorene befinner seg i spenningsfeltet mellom ekstra – og interpersonlige faktorer, fordi en leders handlinger også handler om hvilke ressurser hun har til rådighet.

Teamarbeid er en vanlig arbeidsform når man jobber med pasienter med SF (Lask & Waugh, 2000). En studie som benyttet både kvalitative og kvantitative metoder for å undersøke jobbtillfredshet blant et utvalg psykiatriske sykepleiere, fant at en opplevelse av å ikke bli inkludert i teamet som jobber rundt pasienten, ved at man f.eks. ikke ble invitert til samarbeidsmøter, kunne påvirke grad av jobbtillfredshet i negativ retning (Farrel & Dares, 1999). Også den sosiale sammensetningen av personalgruppen kan påvirke sykepleieres grad av jobbtillfredshet (Lautizi, 2009).

Som sykepleier er det ikke bare de sosiale relasjonene til kollegaer som er av betydning for en opplevelse av jobbtillfredshet, men også relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Seed, Torkelson, & Alnatour, 2010). En kvalitativ studie basert på intervjuer av psykiatriske sykepleiere i hjemmebaserte tjenester, fant at hovedkilden til tilfredshet var å ha en terapeutisk relasjon til pasienten. Relasjonen besto av tre elementer: å være terapeutisk, kjenne seg selv og vite hvordan man skal jobbe. Grad av opplevd jobbtillfredshet var et resultat av hvordan sykepleieren klarte å balansere mellom den terapeutiske relasjonen til pasienten og følgende egenskaper knyttet til rolleutøvelsen som sykepleier; en positiv forpliktelse til organisasjonen man tilhørte, opprettholde et privatliv, og å høre til et team (Wilson & Crowe, 2008).

Et økt fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier kan fremme en opplevelse av jobbtillfredshet. I en studie av Allen og Vitale-Nolen (2005), fant man at innføring av en primærsykepleiemodell, som fokuserte på viktigheten av relasjonen mellom pasient og sykepleier, og hvor sykepleierne hadde en stor grad av ansvaret i forhold til å bestemme type pleie, virket positivt inn på jobbtillfredshet. Sykepleierens jobbtillfredshet økte signifikant på alle subskalaene etter innføringen av modellen. Imidlertid kan det være prosessene prosjektet satte i gang hos deltagerne, som det at sykepleierne selv var involvert i utformingen av intervensjonen, og ikke selve modellen i seg selv, som hadde en positiv effekt. En amerikansk studie som undersøkte sammenhengen mellom faktisk tid brukt på ulike arbeidsoppgaver, rollekonflikt og jobbtillfredshet fant at sykepleiere som rapporterte

at de brukte en relativt stor del av arbeidstiden sin på å utvikle relasjonen mellom sykepleier og pasient rapporterte et høyere nivå av jobbtildfredshet enn sykepleiere som brukte mindre tid på dette (Seed et al., 2010).

Ekstrapersonlige faktorer

Ulike former for variabler knyttet til organisasjonen man er ansatt i, som lønn og arbeidstid, er blant de områdene det er forsket mest på i relasjon til jobbtildfredshet (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005; Stamps, 1997). Mange av disse faktorene beskriver ytre forhold på arbeidsplassen, og fravær av disse vil, ifølge Herzberg (1993) bidra til utilfredshet. Variabler relatert til organisasjon og arbeidsmiljø har generelt en sterkere sammenheng med jobbtildfredshet enn demografiske faktorer (Blegen, 1993; Irvine & Evans, 1995; Aiken et al., 2002; Adams & Bond, 2000). En organisatorisk tilrettelegging som muliggjør at man kan løse den oppgaven man er ansatt til å gjøre er også en viktig dimensjon av kunnskapsarbeid (Fossestøl, 2004).

Blant de mest sentrale ekstrapersonlige faktorene er kompensasjon for utført arbeid i form av lønn (Stamps, 1997). Flere studier peker på en sammenheng mellom lønnsnivå og jobbtildfredshet. Lønn er blant de variablene som fremheves som viktigst for en opplevelse av jobbtildfredshet. Samtidig er det som regel den variabelen respondenter uttrykker mest misnøye med (Matos et al., 2010; Sharp, 2008; Allen & Vitale-Nolen, 2005). I en longitudinell studie, som fulgte sykepleiere fra fullført videreutdanning og ti år frem i tid, var misnøye med lønn i forhold til ansvar den jobbtildfredshetsvariabelen som ble skåret høyest etter et halvt år (Robinson, Murrels, & Smith M, 2005).

Hvordan arbeidstiden til sykepleiere er organisert kan også spille inn på grad av jobbtildfredshet, både fordi en fastlagt timeplan kann skape mindre fleksibilitet i hverdagen, og fordi noe av arbeidet kan foregå til uhensiktsmessige tider av døgnet. Turnusarbeid, spesielt nattarbeid, kan påvirke jobbtildfredsheten i negativ retning (Aronson, 2005). Innføring av et turnussystem hvor sykepleierne selv designet en ønsketurnus førte til høyere jobbtildfredshet, noe som kan tyde på at større påvirkning over egen arbeidstid kan påvirke jobbtildfredsheten i positivt retning (Pryce, Albertsen, & Nielsen, 2006).

Autonomi, som kan forstås som et individs grad av selvbestemmelse og personlig ansvar, er den variabelen som i litteraturen hyppigst blir assosiert med jobbtilfredshet. Autonomi er av ustrakt betydning for enkeltindividet, også på arbeidsplassen, og er et kjennetegn ved de fleste former for kunnskapsarbeid (Irgens, 2010). Samtidig er den positive sammenhengen mellom autonomi og jobbtilfredshet bare moderat (Stamps, 1997; Blegen, 1993; Zangaro, 2007). Imidlertid er korrelasjonen mellom autonomi og jobbtilfredshet sterkere i studier utført etter år 2000. Dette kan blant annet forklares med det at et økt fokus på autonomi i sykepleiefeltet, blant annet som følge av et generasjonsskifte blant sykepleierne; yngre sykepleiere er mindre autoritetstro og forventer større grad av selvstendighet i jobben, enn eldre kollegaer (Zangaro, 2007).

Autonomi er i utgangspunktet en intrapersonlig verdi eller behov, men i jobbtilfredshetssammenheng snakkes det ofte om autonomi i relasjon til i hvor stor grad det er tilrettelagt for, og arbeidstakeren opplever at hun har, en autonom rolle innenfor rammene av arbeidsplassen. "Arbeidsplassens autonomi" kan således forstås som en ekstrapersonlig faktor. En opplevelse av å ha en autonom rolle på arbeidsplassen kan bidra til økt trivsel på jobb (Thomson et al., 1999; Allen & Vitale-Nolen, 2005). I en studie som målte sykepleieres jobbtilfredshet på en akuttpsykiatrisk enhet fant man at autonomi spilte inn på grad av opplevd jobbtilfredshet, men at det var misnøye med i hvor stor grad respondentene syntes de hadde en autonom rolle på arbeidsplassen. Dette ble begrunnet med at viktige beslutninger ble fattet av andre yrkesgrupper enn sykepleierne (Farrel & Dares, 1999). En opplevelse av beslutningsmyndighet kan bidra til en følelse av selvtilit og mestring. Samtidig kan stressnivået øke hvis beslutninger arbeidstakeren må ta innebærer for mye ansvar i forhold til kompetanse, noe som igjen kan resultere i en opplevelse av manglende kontroll og en lavere følelse av autonomi på arbeidsplassen. Det er derfor viktig med klarhet i ansvarsforhold (Severinsson & Hummelvoll, 2001). En opplevelse av selvbestemmelse på jobb spesifikt relatert til en mulighet for å velge arbeidsoppgaver / arbeidsområde kan også påvirke opplevd jobbtilfredshet. En studie fant signifikante forskjeller mellom grad av jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere som jobbet på institusjon versus psykiatriske sykepleiere som jobbet i hjemmebaserte tjenester. En mulig forklaring er at de som jobbet i hjemmesykepleien hadde større kontroll over egen arbeidshverdag, og at sykepleierne som jobbet på institusjon opplevde at de hadde rigide arbeidsrutiner, og lav påvirkningskraft til å endre disse (Ward & Cowman, 2007).

Som Emery & Thorsrud (1970), og Hackman & Oldham (1976), påpekte kan det å ha en mulighet for vekst og læring på arbeidsplassen spille inn på en opplevelse av jobbtilfredshet. Flere studier fra ulike psykiatriske settinger har funnet at de at arbeidsplassen hadde lagt til rette for at man kunne utvikle sin formelle kunnskap påvirket grad av jobbtilfredshet positivt, og tilsvarende negativt hvis denne muligheten ikke var tilstede (Farrel & Dares, 1999; Lautizi, 2009; Thomson et al., 1999).

Det at organisasjonen har et tilbud om at man kan få snakke om, og reflektere rundt praksis kan virke inn på grad av jobbtilfredshet. Det er særlig effekten av veiledning som er undersøkt i denne sammenhengen i det psykiatriske feltet. Severinsson & Hummelvoll (2001) fant signifikante forskjeller i sykepleiernes jobbtilfredshet mellom dem som fikk og ikke fikk klinisk veiledning. En annen studie fant en signifikant korrelasjon mellom veiledning og jobbtilfredshet-subskalaene ”samarbeid”, ”rolle”, og ”informasjon” (Rask & Levander, 2001). Manglende eller ikke tilfredsstillende klinisk veiledning kan påvirke jobbtilfredsheten i negativ retning (Hyrkas, 2005).

Uttrykk for jobbtilfredshet

Lav jobbtilfredshet kan få negative konsekvenser for helsen til arbeidstakeren, som stress og utbrenthet. Stress beskriver en tilstand som er et resultat av en manglende overensstemmelse mellom individets mestringsstrategier og de utfordringene hun står ovenfor (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Utbrenthet betegner en fysisk og mental utmattelse og er en emosjonell respons til forhold på arbeidsplassen, og betegnes ofte som arbeidsrelatert stress (Kaufmann & Kaufmann, 2009; Spector, 1997). Ifølge Maslach og Jackson (1996) består utbrenthet av tre komponenter: emosjonell utmattelse, depersonalisering (fysisk og psykisk distansering) og reduserte personlige prestasjoner. Det er funnet en mulig sammenheng mellom utbrenthet og grad av jobbtilfredshet (Hamaideh, 2011; Hyrkas, 2005). Sykepleiere generelt, og psykiatriske sykepleiere spesielt, er særlig utsatt for utbrenthet fordi de er i hyppig kontakt med psykisk dårlige fungerende pasienter, og bruker seg selv mye i jobben (Hamaideh, 2011). En følelse av å være tilfreds på jobb reduserer sjansen for å bli utbrent i jobben. Det kan henge sammen med muligheter for faglig utvikling, positivt arbeidsmiljø og autonomi (Thomson et al., 1999). Det er en positiv sammenheng mellom en lav grad av arbeidserelatert stress og en høy grad av

jobbtilfredshet (Lautizi, 2009). Severinsson og Hummelvoll (2001) fant at stress og en følelse av å komme til kort var kilde til misnøye på jobb blant sykepleiere som jobbet i en akuttpsykiatrisk setting. Rask og Levander (2002) fant imidlertid at blant sykepleiere som jobbet på psykiatriske sikkerhetsavdelinger var jobbtilfredsheten relativt høy, til tross for at de oppga arbeidsmiljøet som stressende. De peker derfor på at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom stress og jobbtilfredshet.

Hvorvidt lav jobbtilfredshet kan resultere i at en sykepleier velger å slutte i jobben sin, er et område det er forsket mye på, både på grunn av konsekvenser for samfunnet, enkeltindividet og pasientene. Det er imidlertid få studier som viser en direkte sammenheng mellom faktisk turnover og jobbtilfredshet (Stamps, 1997). Det er heller ikke nødvendigvis en sammenheng mellom jobbtilfredshet og faktisk atferd (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Flere studier peker derimot på en sammenheng mellom jobbtilfredshet, turnover og et ønske om å bli / slutte i jobben, med det og bli / slutte i jobben som integrerende variabel (Alexander et al., 1998; Ito, Eiisen, Lloyd, Yamada O, & Tachimori, 2001). Sammenhengen mellom en intensjon om å bli / slutte i jobben stemmer overens med litteratur fra det generelle sykepleiefeltet (Irvine & Evans, 1995; Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad, & Hamilton, 2007).

Den sterke interessen for jobbtilfredshet var, som nevnt, tuftet på en antagelse om en sammenheng mellom grad av produksjon. Det er imidlertid usikkert om en mer produktiv medarbeider er et utfall av at hun trives. Det er vanskelig å si noe om hva som er årsak og hva som er virkning. En arbeidstaker som trives kan yte mer i jobben sin, samtidig som en medarbeider som yter bra kan trives nettopp pga av det. Det kan også være en motsatt sammenheng; det å være tilfreds gjør at man yter mer, som igjen bidrar til at man presterer bedre (Kaufmann og Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005). En meta-analyse som undersøkte sammenhengen mellom jobbproduktivitet og jobbtilfredshet fant en sammenheng mellom de to faktorene. Sammenhengen var særlig sterk for de som hadde komplekse jobber (Judge, 2002).

Grad av jobbtilfredshet kan påvirke kvaliteten på sykepleien pasienten får. Robertson et al. (1995) fant en sterk signifikant korrelasjon mellom jobbtilfredshet og kvalitet på pasientarbeidet i en observasjonsstudie ved psykiatriske sykehus i Skottland. De fant at høy grad av jobbtilfredshet kunne bidra til høy kvalitet på pasientarbeidet, sannsynligvis

grunnet økt motivasjon blant personalet og større interesse for jobben. Lav jobbtilfredshet hadde motsatt effekt. Severinsson og Hummelvoll (2001) fant i en surveyundersøkelse at stressfaktorer relatert til jobben, som høy arbeidsmengde og tidspress, hadde en signifikant korrelasjon med etiske konflikter forbundet med pasientarbeidet i negativ retning, blant annet ved at faren for misforståelser og å gjøre feil økte.

2.5 Oppsummering

Jobbtilfredshet kan forstås på mange ulike måter, avhengig av teoretisk tilnærming. Mange av de mest sentrale teoretiske tilnærmingene tar utgangspunkt i et tradisjonelt syn på produksjon. Dette er ikke nødvendigvis meningsfullt for den formen for komplekst kunnskapsarbeid som sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser består i. Forholdet mellom produksjon og jobbtilfredshet er heller ikke entydig (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad 2005). Det er forsket en god del på hvilke variabler som påvirker jobbtilfredsheten til sykepleiere som jobber i psykiatrien, og på hvilke konsekvenser misnøye med jobben kan føre til. Både ekstrapersonlige-, inter- og intrapersonlige faktorer kan påvirke jobbtilfredshet i positiv og negativ retning. Spesielt blir gode relasjoner til kollegaer og opplevelse av autonomi på arbeidsplassen fremhevet som årsaker til tilfredshet, mens organisatoriske faktorer, som lønn, påpekes som kilder til misnøye (Burnard et al, 1999; Ward og Cowman, 2007; Farrell og Dares, 1999; Alexander et al., 1998; Thomsen et al., 1999; Allen og Nolen, 2005). Det er likevel stort sprik mellom resultatene. I tillegg er det stor forskjell fra studie til studie på hvordan jobbtilfredshet defineres, hvilke spørreskjema som brukes og på størrelse på utvalgene. Dette samsvarer med forskning på jobbtilfredshet i det generelle sykepleiefeltet (Stamps, 1997). De fleste av studiene er utført i en spesifikk setting, men det er likevel få studier som ser på sammenhengen mellom jobbtilfredshet og relasjonen til en spesifikk pasientgruppe eller spesifikke karakteristika ved pasientgruppen.

Miljøterapeutisk arbeid til pasienter med SF er komplekst og emosjonelt utfordrende. Det er et sterkt fokus på struktur i behandlingen, og på den terapeutiske relasjonen mellom pasient og sykepleier (Snell et al., 2009; King & Turner, 2000; Ramjan, 2003). Det stilles

store krav til ulike former for kunnskap for å kunne løse oppgaven. Miljøterapeutisk arbeid med pasienter med SF skiller seg fra miljøterapeutisk arbeid fra andre psykiatriske settinger ved et sterkt fokus på mat og måltider, og ved at pasientene er både somatisk og psykisk syke.

De fleste studiene om jobbtilfredshet har brukt en kvantitativ design. Rapporterte resultater fra kvantitative spørreundersøkelser representerer "den gjennomsnittlige" sykepleieren, noe som gjør at man kan gå glipp av det individuelle perspektivet (Farrel & Dares, 1999). Som nevnt tidligere, er jobbtilfredshet et dynamisk og subjektivt begrep, og informasjon kan derfor gå tapt ved en streng operasjonalisering av begrepet.

3 Design og metode

I dette kapittelet vil valg av design, metode, utvalg og fremgangsmåter for datanalyse bli nærmere beskrevet. Avslutningsvis gis en redegjørelse for studiens reliabilitet og validitet samt forskningsetiske hensyn.

3.1 Design

Denne studien har et beskrivende og utforskende design. Et utforskende og beskrivende design egner seg der hvor lite eller ingen forskning har adressert den spesifikke problemstillingen man ønsker å undersøke. Denne formen for design kan bidra til å fremskaffe innsikt, forståelse og mening, og søker mot en helhetlig beskrivelse og forklaring av det fenomenet som studeres (Brink & Wood, 1998). På tross av at det finnes utallige studier om jobbtilfredshet, finnes det, som tidligere nevnt, færre med utgangspunkt i en døgnspsykiatrisk setting, og ingen fra en spiseforstyrrelses - setting. Man kan derfor si at dette er et utforsket område innenfor jobbtilfredshetfeltet.

3.2 Metodisk tilnærming

Det blir i det følgende gjort rede for metodiske aspekter ved studien, som setting og tilgang til feltet.

3.2.1 Setting

Settingen for denne studien var spesialavdelinger for behandling av SF i Norge. Slike avdelinger gir et behandlingstilbud til alvorlig syke pasienter med SF, hovedsakelig med diagnosene anoreksi og bulimi. Avdelingene hører innunder spesialisthelsetjenesten. Valget falt på spesialavdelinger fordi det var ønskelig å undersøke jobbtilfredshet i lys av å jobbe spesifikt med pasienter med denne lidelsen. Avdelingene tilbyr både døgns – og poliklinisk behandling, men i denne studien var fokuset på sykepleiere som jobber i

miljøterapeutiske døgnavdelinger. Pasientene bor på avdelingene i den perioden de er innlagt, som regel over flere måneder. Avdelingene har bare planlagte innleggelser, og ikke noe akutt – tilbud. Behandlingen er tverrfaglig, men det er sykepleierne som har den daglige kontakten med pasientene. Det miljøterapeutiske tilbudet kan være organisert ulikt fra avdeling til avdeling, for eksempel med hensyn til valg av behandlingstilnærming. Prinsippene om en tydelig miljøterapeutisk struktur rundt mat, måltider og aktivitet, samt fokus på viktigheten av den terapeutiske relasjonen til pasientene er fellesnevnerne for avdelingene.

3.2.2 Tilgang til feltet

Det ble søkt om tilgang til feltet via brev til klinikkssjefen på de respektive sykehusene (vedlegg II). Deretter kontaktet forskeren avdelingssykepleierne på avdelingene, og ga skriftlig og muntlig informasjon om studien. All videre kontakt foregikk med avdelingssykepleieren. Deltakerne ble rekruttert via avdelingssykepleier på den enkelte avdelingen. Interesserte deltakere meldte seg til sin avdelingssykepleier.

3.2.3 Utvalg

Pasienter med SF blir behandlet på både psykiatriske og somatiske avdelinger. I tråd med hensikten med studien ble dette utvalget rekruttert blant sykepleiere som jobbet som miljøterapeuter på spesialavdelinger for behandling av pasienter med SF.

Inklusjonskriterier var sykepleiere fast ansatt som miljøpersonell i turnus, med minst 50 % stilling. Eksklusjonskriterier var ledere og personal som kun jobbet natt. Begrunnelsen for det er at det ble antatt at ledere kunne påvirke dynamikken i gruppene, og også hva som ville føles ”trygt” å si. På natten var det stort sett lite aktivitet på disse avdelingene, og det var bare en til to sykepleiere på vakt, slik at sykepleierne som bare jobbet på natten hadde lite kontakt med både pasienter og andre ansatte, og var følgelig ikke så informasjonrike iforhold til teamtikken som skulle undersøkes.

Utvalg i kvalitativ forskning kan være av homogen eller heterogen karakter (Rice & Ezzy, 1999; Hesse-Biber & Leavy, 2011). I tråd med hensikten med denne studien var det et poeng at deltakerne delte arbeidssted, yrke og arbeidsoppgaver. Utvalget kan slik betraktes

som homogent. Det ble etterstrebet å sette sammen et utvalg som kunne gi god og utfyllende informasjon om den aktuelle tematikken. Det ble derfor forsøkt å finne frem til mest mulig informasjonsrike respondenter (Rice & Ezzy, 1999). Deltakerne i denne studien må kunne betraktes som informasjonsrike både i kraft av at de jobber på spesialavdelinger for spiseforstyrrelsesbehandling og fordi de selv er ”eksperter” på hvordan de opplever egen arbeidshverdag. Samtidig ble det antatt at deltakere som hadde erfaring med denne pasientgruppen og som har jobbet på den samme avdelingen over noe tid, var mer informasjonsrike fordi de sannsynligvis kunne si noe mer om hvordan det å jobbe på nettopp disse avdelingene og med denne spesifikke pasientgruppen påvirket deres opplevelse av jobbtilfredshet. Avdelingene som ble valgt ut hadde vært etablert i noen år, noe som økte sannsynligheten for at personalgruppen hadde en viss erfaring, i egenskap av kjennskap til problematikken, pasientgruppen og arbeidsoppgaver. Variasjon i ulike former for erfaring blant deltakerne kan også bidra til mer informasjonsrike data (Rice & Ezzy, 1999). Det ble derfor valgt å rekruttere deltakere fra avdelinger som behandler både voksne og barn. Den ene gruppen sykepleiere jobbet bare med voksne pasienter. Den andre gruppen sykepleiere jobbet med både ungdom og voksne. Deltakerne i denne gruppen jobbet på samme sykehus, men ved to ulike poster. Det er et begrenset antall spesialavdelinger for behandling av SF i Norge, så prosjektleder hadde kjennskap til de ulike avdelingene, og valgte dem ut i samarbeid med veileder på arbeidsplassen utfra utvalgskriteriene.

Gruppene besto av 14 deltakere totalt, syv deltakere i hver gruppe. Både for få og for mange deltakere kan påvirke både mengden informasjon som blir produsert i gruppen, og gruppeinteraksjonen. Vanligvis anbefales det å ha mellom seks til ti deltakere (Rice & Ezzy, 1999). Den nedre grensen for antall deltakere som var nødvendig å rekruttere for å gjennomføre gruppene ble derfor satt til seks personer. Fordi prosjektleder ikke hadde tidligere erfaring med å moderere fokusgrupper, ble det satt et øvre tak på 8 personer, så gruppen ikke skulle bli uhåndterlig å moderere.

3.3 Innsamling av data

I det følgende beskrives metoden som ble brukt for å samle inn data til denne studien.

3.3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en intervjuform som samler en gruppe berørte individer for å diskutere et gitt emne. Dette kan være en hensiktsmessig metode når man står ovenfor et relativt lite utforsket og / eller komplekst område (Rice & Ezzy, 1999; Polit & Beck, 2008). I dette tilfellet var ikke tematikken ny, men settingen var utforsket. Det er også en anbefalt metode når man ønsker å undersøke ikke bare hva, men hvordan og hvorfor folk tenker og føler som de gjør rundt et tema. Målet med fokusgruppeintervjuer er ikke å oppnå enighet mellom deltakerne, men å belyse et tema fra flere sider. Fokusgrupper er derfor en velegnet måte å samle inn data på når hensikten med studien er å utforske og beskrive et fenomen. Samtidig er fokusgrupper en effektiv måte å samle kvalitative data på (Polit & Beck, 2008; Rice & Ezzy, 1999; Kvale & Brinkmann, 2009; Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Det unike ved denne måten å samle inn data på er interaksjonen mellom gruppelemmene (Rice & Ezzy, 1999). Den kan bidra til belysning av temaer som ikke nødvendigvis hadde kommet frem i et dybdeintervju av enkeltindivider.

Litteraturgjennomgangen viste at sentrale teoretiske modeller vektlegger at de interpersonlige og sosiale aspektene på jobb kan påvirke grad av jobbtilfredshet. Disse aspektene fremheves også i forskning på området, på tvers av studier (Zangaro, 2007; Blegen M.A, 1993; Stamps, 1997). Fokusgruppeintervju som datainnsamlingsstrategi kan bidra til å få frem disse aspektene, fordi nettopp interaksjonen mellom deltakerne er en så sentral del av metoden. En annen styrke ved denne måten å samle inn data på er at fordi fokusgruppene er fleksible i formen, kan man oppdage ”gjemt” eller uventet informasjon (Rice & Ezzy, 1999). Denne informasjonen hadde kanskje ikke hadde kommet frem ved bruk av standardiserte spørreskjemaer I denne studien kan et eksempel på slik informasjon være deltakernes egen forståelse av jobbtilfredshet i motsetning til en mer tradisjonell forståelse av begrepet.

Det kan være vanskelig å planlegge antall fokusgrupper i forkant av en studie. Litteraturen anbefaler å fortsette med datainnsamling til kravet om metning er oppnådd (Rice & Ezzy, 1999). Det var ikke ønskelig å gjennomføre intervjuer på egen arbeidsplass, grunnet potensielle negative følger for studiens validitet og reliabilitet. Noen av avdelingene ble også ansett som for ”unge”, de hadde vært etablert i relativt kort tid, og sykepleierne hadde derfor begrenset erfaring med hvordan det var å jobbe der de jobbet. Et alternativ hadde vært å gjennomføre flere intervjuer på samme avdeling. Temaene begynte å gjenta seg i den andre gruppen. Det ble derfor valgt å avslutte datainnsamlingen etter to intervjuer.

3.3.2 Intervjuguiden

Utforskende studier undersøker tematikken med utgangspunkt i respondentenes perspektiv (Brink & Wood, 1998). Det ble valgt å utvikle en tematisk intervjuguide med bakgrunn i forskningsspørsmålene for å ramme inn intervjuene (vedlegg III). Spørsmålene i intervjuguiden tok utgangspunkt i den eksisterende litteraturen på området, og var organisert rundt de tre kategoriene inter-, intra-, og ekstrapersonlige faktorer, som er beskrevet i kapittel to. Guiden besto derfor av tre hovedområder /- spørsmål, med forslag til oppfølgingsspørsmål. Det ble lagt vekt på å ikke ha for mange spørsmål, noe som kunne ha hemmet interaksjonen og det utforskende perspektivet (Kvale & Brinkmann, 2009; Brink & Wood, 1998). Samtidig det ble det åpnet for at nye temaer kunne introduseres av gruppene.

Spørsmålene ble forsøkt stilt så åpne som mulig, og i et hverdagslig språk. Observatøren hadde anledning til å stille spørsmål mot slutten av intervjuet. Denne relativt åpne formen kan ha gjort det enklere for deltakerne å forholde seg til temaet som ble diskutert på en måtes som opplevdes som meningsfull for dem (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Deltakerne var med på å styre hvor mye hvert tema skulle vektlegges.

3.3.3 Intervjusituasjonen

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på de ulike arbeidstedene, på et egnet rom utenfor selve avdelingen. Dette var for å minimere støy og avbrytelser, både av hensyn til deltakerne og til kvaliteten på opptakene. Avdelingssykepleierne hadde lagt til rette for, så

langt det lot seg gjøre, at pasientavtaler og andre møter ble lagt til utenom intervjutidspunktet. Intervjuene foregikk i deltakernes arbeidstid. Tidspunktet for intervjuet var lagt til en dag hvor flest mulig av personalet var på vakt, og så nærme vaktskiftet som mulig, slik at ingen trengte å komme på en fridag, og at deltakerne kunne gå /komme til tilnærmet vanlig arbeidstid. Det ble lagt vekt på å skape en avslappet og vennlig atmosfære under intervjuene (Rice & Ezzy, 1999).

Hver gruppe varte mellom en og halvannen time. Dette er i tråd med anbefalt lengde i litteraturen (Rice & Ezzy, 1999). Den ene gruppen sluttet naturlig av seg selv etter litt over en time, ved at respondentene ikke hadde mer å si. I den andre gruppen var det vanskeligere å avslutte, fordi deltakerne fortsatte å snakke når moderator prøvde å avslutte. Det var likevel nødvendig å runde av etter halvannen time, på grunn av andre møter i avdelingen. Den siste delen av intervjuet bar preg av gjentakelser, så forskeren hadde inntrykk av at alle viktige temaer hadde kommet opp.

3.3.4 Forskerens rolle

Forskeren fungerte som moderator i begge intervjuene. Moderator måtte underveis i intervjuene foreta et valg på hvor mye hun skulle styre interaksjonen mellom deltakerne. Moderator forsøkte å fasilitere for diskusjon uten å styre dynamikken mellom deltakerne i for stor grad. Hun forsøkte å være fleksibel nok til å følge respondentene, samtidig som det ble forsøkt å passe på at deltakerne holdt seg til temaet som skulle diskuteres (Kvale & Brinkmann, 2009). Holdningen var det var deltakernes forståelse av hva som hørte inn under tematikken som var i fokus.

I tillegg til moderator var en observatør til stede for å ta notater. Dette bidro at informasjonen som ble samlet var så rik som mulig, og fungerte dermed også som en kvalitetssikring (Rice & Ezzy, 1999). Forskeren tok også notater om egne observasjoner og inntrykk umiddelbart etter hvert intervju.

3.4 Analyse

I det følgende beskrives fremgangsmåten for analysen av datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene.

3.4.1 Transkribering

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert verbatim umiddelbart etter hvert intervju. Transkriberingen ble foretatt i flere omganger, ved gjentatte ganger å høre gjennom opptakene. Dette ble gjort for å sikre at man hadde hørt riktig, og for å oppklare eventuelle uklarheter. Det transkriberte materialet vil likevel aldri være helt identisk med opptaket. Et transkript vil alltid være en konstruksjon av den sosiale hendelsen som et intervju er (Kvale & Brinkmann, 2009). Fordi nettopp interaksjonen er en sentral del av fokusgruppeintervju som metode, ble informasjon om interaksjonen mellom deltakerne, som latter og pauser notert i parentes etter de aktuelle utsagnene. Notatene tatt underveis var til god hjelp under transkriberingen, når det kunne være vanskelig å høre hva deltakerne sa. De bidro også til et rikere materiale, fordi de sa noe om deltakernes nonverbale språk, og om stemningen i gruppene. Notatene ble også brukt i situasjoner hvor det var uklart om et utsagn for eksempel var humoristisk ment. Dette bidro til sammen til at meningen respondentene la i sine utsagn i størst mulig grad ble ivaretatt. Deretter ble transkriptene renskrevet. "Fyllord" og gjentakelser ble fjernet. Det renskrevne materialet utgjorde 54 sider tekst, med halvannen linjeavstand. Transkriberingen ble skrevet ned på respondentens dialekt, mens under renskrivning ble alt skrevet på bokmål. Dette ble gjort for at intervjuene skulle være lettere å lese, og for å ivareta deltakernes anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Av samme årsak blir alle deltakerne omtalt som "hun". All informasjon som kan spores tilbake til personer eller navn på sykehus ble utelatt fra det skriftlige materialet.

3.4.2 Analyse av tekstdata

I tråd med hensikten med denne studien ble det valgt å ta utgangspunkt i hovedtrekkene til Kvaales (2009) forslag til fremgangsmåte for analyse av tekstdata. Gruppene ble analysert under ett, da fokuset i studien ikke var på den enkelte avdelingen.

De transkriberte intervjuene, samt notatene gjort underveis og i etterkant av intervjuene dannet utgangspunktet for analysen. Notatene ble brukt til å utdype nyanser i analysen av transkriptene. Intervjuene ble etter grovanalysen analysert under ett, da hensikten ikke var å se på forskjeller i tematikk mellom de ulike avdelingene.

Det ble foretatt en grovanalyse etter det første intervjuet, ved at transkriptet ble gjennomlest. Det umiddelbare inntrykket av teksten ble skrevet ned. Det ble vurdert om noen spørsmål var uklart stilt, eller om det var andre temaer det var ønskelig å utforske videre i neste intervju. For eksempel ble enkeltord i noen spørsmål byttet til mer "folkelige" synonymer, uten at meningen med spørsmålene ble endret. Selve analysen av tekstmaterialet foregikk en stund etter datainnsamlingens slutt. Det transkriberte materialet ble først lest gjennom slik at forskeren kunne danne seg et umiddelbart og helhetlig inntrykk av inntrykk av materialet. Den transkriberte teksten ble deretter satt inn i den høyre kolonnen i en tabell med to kolonner. Forskeren gikk så gjennom teksten for å identifisere de naturlige meningsbærende enhetene, som ble skrevet ned på en kortfattet måte, men gjengitt i respondentenes egen språkdrakt. Tolkingskonteksten var her begrenset til den som uttalte seg sin selvforståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Under dette analysearbeidet hadde forskeren hele tiden studiens hensikt og forskningsspørsmål i minnet, slik at det var de som avgjorde hvilke deler av teksten som ble valgt ut som meningsbærende (ibid). Det totale antallet meningsenheter var 433. Meningsenheterne ble satt inn i den venstre kolonnen i tabellen. Slik kunne forskeren hele tiden gå tilbake til den originale teksten.

Deretter ble meningsenheterne lest og analysert gjennom flere ganger, slik at forskeren etter hvert fikk et inntrykk av hvilke enheter som handlet om det samme. Disse temaene utgjorde studiens undertemaer; syv totalt, og hver enkelt kategori fikk et dekkende navn. Det ble så foretatt en ytterligere abstraksjon av teksten, ved at undertemaene ble samlet i tre hovedtemaer, som utgjorde studiens hovedfunn. I denne fasen var tolkningskonteksten

bredere enn respondentenes egen selvforståelse. Tolkingskonteksten var kritisk forståelse, basert på sunn fornuft. Fokuset var på innholdet i uttalelsene, og kunne gå utover det som egentlig blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble på denne måten foretatt en stadig abstrahering av stoffet samtidig som forskeren hele tiden vendte tilbake til det originale transkriptet. Å veksle mellom nærhet og avstand til stoffet ved å stadig vende tilbake til den opprinnelige teksten underveis i analysen, styrket validiteten, og kan bidra til ny innsikt (ibid). Tabellen under viser et eksempel på analyseprosessen fra transkribert tekst til hovedtema.

Tabell 1.

Eksempel på analysert tekst fra transkribert tekst til hovedkategorier

Transkribert tekst	Meningsenhet	Underkategori	Hovedkategori
<i>Hvis jeg spør om de, så synes hun andre at det burde jeg visst for lenge siden, ikke sant. Og da tør jeg ikke å spørre, eller jeg vil bare tro jeg får gjøre det sånn, for det tror jeg nok er sånn noenlunde greit.</i>	Man må ha mot til å spørre kollegaene til råds.	Relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer	Å jobbe sammen
<i>Men det og å våge og spørre om og vise den siden. Jeg synes hele tiden vi kommer opp i situasjoner hvor jeg heldigvis har ryggmargsrefleksene litt annerledes nå enn etter det første halvåret.</i>	Man må kunne vise en sårbar side ovenfor kollegaer.	Relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer	Å jobbe sammen
<i>Men syntes det tok uforholdsmessig lang tid å komme skikkelig inn i dette her, til tross for at jeg hadde jobbet så mange år i psykiatrien før. Det overrasket meg, husker jeg.</i>	Å komme inn i denne jobben tok lang tid, sammenliknet med tidligere erfaring fra psykiatrien.	Å mestre rollen som miljøterapeut	Å gjøre en god jobb

3.5 Reliabilitet og validitet

Det er uenighet i litteraturen om begrepene reliabilitet og validitet bør anvendes i kvalitativ forskning. Det er valgt å bruke disse begrepene her, fordi Kvale (2009) benytter dem i sin bok om kvalitative intervjuer, som er brukt som fremgangsmåte for analyse i denne studien.

Uavhengig av hvilke begrep man velger å benytte er det viktig at man gjennom hele forskningsprosessen søker å øke studiens integritet og troverdighet gjennom ulike former for strategier (Polit & Beck, 2008). Reliabilitet handler om hvorvidt funnene kan sies å være konsistente og pålitelige. Transkriberingen ble gjort av både forsker og medforsker. Når det var noe som var utydelig eller uklart, lyttet medforskeren på opptakene, og fungerte som diskusjonspartner. Medforsker var med på den første grovanalysen av begge intervjuene og hun kategoriserte det ene intervjuet fra meningsenheter til underkategorier. Forsker og medforsker sammenlignet resultatene og diskuterte seg frem til enighet. Dette bidro til å styrke transkriptenes og funnenes reliabilitet. Underveis i prosessen ble også data presentert til forskningsteamet hvor forskeren er ansatt, og man diskuterte plasseringen av underkategoriene i hovedkategoriene. Analysen av datamaterialet ble også diskutert i møter med veileder.

Validitet handler om studiens og funnenes gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). For at deltakerne selv kunne være med på å validere egne uttalelser søkte moderator underveis i intervjuene å få bekreftet eller avkreftet sin forståelse av hva deltakerne sa gjennom å stille oppfølgende og oppklarende spørsmål, og reflekterte rundt respondentenes utsagn. En slik tilnærming bidro til en kvalitetssikring av intervjuet, og var også viktig for å få informasjonsrike data (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er forsøkt illustrert ved det følgende utdraget:

Deltaker: *Denne avdelingen er heldig stilt sånn sett i og med forskningen. Vi jobber etter modeller. Behandlingsmodeller, som vi finner ut av på forskningen. Og dermed har du felles holdninger som du snakker om, og det er en veldig, god trygg plattform, for da er du nødt til å ha felles holdninger, og du får de litt sånn integrert etter hvert som årene går.*

Forsker: *Mener du at det er en tydelighet i forhold til hvordan dere skal jobbe, som alle vet om?*

Deltaker: *Ja. Og dermed kommer tryggheten og tilliten og. Det er mye i det, tenker jeg, behandlingsmodellene våre.*

Data som er produsert gjennom en kvalitativ studie kan ikke sies å være objektive på samme måte som en kvantitativ studie er det. Man kan heller snakke om en form for refleksiv objektivitet, hvor forskeren underveis i hele forskningsprosessen reflekterer rundt egne bidrag til produksjonen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). I denne studien har forskeren personlige erfaringer med, og engasjement for, problemstillingen, og også tanker rundt hvilke temaer som er viktige i relasjon til jobbtilfredshet for denne yrkesgruppen. Dette kan ha påvirket hvordan og hvilke spørsmål som ble stilt. Dette ble forsøkt unngått ved at prosjektlederen prøvde å bevisstgjøre seg egen forforståelse av tematikken før oppstart av studien, og underveis i intervjuene. Respondentene var derimot klar over at moderator selv har erfaring fra å jobbe med denne pasientgruppen. Det kan ha påvirket hva de sa, og dermed studiens validitet ved at de ikke delte antatt "selvfølgelig" informasjon. Det kan også ha bidratt i positiv retning, ved at det kan ha gjort det lettere for deltakerne å prate fritt.

Det er både fordeler og ulemper ved at respondenter jobber på samme sted og kjenner hverandre fra før. De som jobber sammen kan få frem sentrale temaer nettopp fordi de jobber på samme sted. Man kan samtidig ikke utelukke at noe informasjon ble holdt tilbake av samme grunn (Rize og Ezzy, 1999). Samtidig kan det å benytte allerede eksisterende sosiale nettverk bidra til at deltakerne kan validere hverandres uttalelser fordi de kjenner både hverandre og konteksten (Kvale & Brinkmann, 2009).

Et annet validitetsaspekt omhandler hvorvidt funnene kan generaliseres. Generalisering av funn hører hjemme i en positivistisk tradisjon, og brukes først og fremst i kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning er det vanlig å bruke begrepet overførbarhet. Med det menes om og i hvilken grad studiens funn kan være relevante for andre i tilsvarende settinger (Polit & Beck, 2008). Denne studiens funn er overførbare særlig til andre avdelinger som jobber med behandling av SF, men også til en viss grad til andre miljøterapeutiske døgninstitusjoner.

3.6 Forskningsetiske hensyn

Et intervju kan betraktes som en moralsk hendelse. Dette er både fordi interaksjonen mellom deltakere og forsker og deltakere påvirker deltakerne, og fordi kunnskapen som blir produsert vil påvirke vår forståelse av fenomenet det forskes på. Etiske refleksjoner bør derfor gjennomsyre alle deler av forskningsprosessen, fra formulering av hensikt med studien til publisering av resultatene (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette innebærer at både de formelle tillatelsene skal være i orden og at forskeren hele tiden må reflektere over hvordan de valgene hun tar underveis i studien eventuelt kan påvirke intervjusubjektene. Under gjennomføringen av intervjuene forsøkte forskeren å møte deltakerne med en respektfull holdning, og en forståelse av at deres oppfatning av virkeligheten var gyldig for dem.

De formelle etiske kravene til oppstart av studien ble imøtegått ved at det ble søkt personvernombudet om godkjenning av studien. Godkjenning fra regional etisk komité er vanligvis ikke nødvendig når forskningssubjektene ikke blir regnet som en sårbar gruppe. Dette ble bekreftet per telefon til REK. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) ble også forespurt per e-post, om søknad dit var nødvendig, fordi studien skulle tas opp på bånd. De avkreftet dette.

Deltagelse i studien var frivillig, og basert på skriftlig informert samtykke (vedlegg IV). Samtykkeskjemaet var godkjent av personvernombudet. Samtykkeskjemaet ga informasjon om hensikten med studien, og at resultatene skulle brukes i en masteroppgave. Deltakerne hadde anledning til å trekke seg i forkant av, eller underveis i intervjuene. Konfidensialitet innad i gruppen ble avtalt før selve intervjuet begynte, og før den digitale opptakeren ble slått på. Informasjon som kunne identifisere deltakerne eller avdelingene hvor de er ansatt, som navn, ble utelatt i det transkriberte materialet for å beskytte deltakerne. Deltakerne fikk i tillegg anledning til å stille spørsmål til forskeren før intervjuene startet. Avdelingene fikk i tillegg tilbud om at forskeren kunne komme tilbake å presentere resultatene når prosjektet var avsluttet.

Før intervjuet startet kontrollerte prosjektlederen at alle hadde mottatt informasjonsskrivet, og at samtlige hadde undertegnet samtykkeerklæring. Det ble åpnet for eventuelle spørsmål rundt studien, og det ble minnet om at deltakelse var frivillig. Moderator forklarte også hvordan den digitale opptageren fungerte, og gjentok at opptakene ville bli slettet etter studiens slutt. Hensikten med en slik ”briefing” var både å gi nødvendig informasjon, og å gjøre deltakerne komfortable med situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Eventuelle opplysninger om deltagere og opptaksutstyr blir inntil makulering oppbevares i eget låsbart skap, som kun forskeren har tilgang til. Transkribering av materialet ble gjort på en egen datamaskin som ikke er tilknyttet nettverk. Denne er passordbeskyttet. Kun forskeren har tilgang til materialet.

4.0 Funn

I det følgende blir funnene fra fokusgruppeintervjuene presentert. Innledningsvis blir det gitt en oversikt over hovedfunnene og demografisk informasjon om deltakerne. Deretter følger en detaljert beskrivelse av hvert av hovedfunnene. Direkte sitater fra deltakerne står i kursiv. Sitatene er tilpasset et skriftlig språk for å skape bedre flyt i teksten og lette lesingen, men meningen i uttalelsene er ikke endret. For å vise nyansene i funnene, vil tilfellene hvor gruppene tydelig skilte seg fra hverandre tydeliggjøres. Studiens forskningsspørsmål er ikke kronologisk besvart, men besvares gjennom funnene. Den demografiske informasjonen om deltakerne i fokusgruppestudien blir presentert under ett fordi SF miljøet er så lite at en gruppevis presentasjon kunne ha gjort det mulig å identifisere avdelingene.

Gjennom analyseprosessen ble temaene som kom frem samlet i tre hovedkategorier. Hvert hovedfunn besto av to eller tre underkategorier. Under følger en oversikt over kategoriene, deretter blir hvert funn grundig presentert.

Betydningen av gode rammefaktorer i jobbhverdagen

Betydningen av struktur i behandlingen

Organisatoriske arbeidsbetingelser

Å gjøre en god jobb

Å mestre rollen som miljøterapeut

Betydningen av anerkjennelse

Å jobbe sammen

Relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer

Relasjonelle aspekter i forhold til pasienter

4.1 Demografisk informasjon om deltakerne

Under følger en oversikt over ulike demografiske karakteristika ved deltakerne i fokusgruppene.

Tabell II

Oversikt over demografisk informasjon om deltakerne

Variabler	Antall
Alder	37-62 (mean 50,9)
Kjønn	M:3 K:11
Psykiatrisk sykepleier	12
Annen videreutdanning	7
Erfaring med SF	7 mnd – 17 år (mean 6,64)

Andre former for videreutdanning sykepleierne i studien hadde var kunst- og uttrykksterapi, et videreutdanningsprogram om SF”, kalt ”kropp og selvfølelse”, og praktisk pedagogikk. Erfaringsmessig er flertallet av miljøterapeutene på spesialavdelinger for behandling av spiseforstyrrelser kvinner.

4. 2 Betydningen av gode rammefaktorer i jobbhverdagen

Tilstedeværelsen av ulike former for rammefaktorer kom opp som et sentralt tema for deltakerne i denne studien i forhold til deres opplevelse av jobbtilfredshet. Denne hovedkategorien besto av to underkategorier. Den første kategorien ble kalt *betydningen av struktur i behandlingen*, og handlet om hvordan de strukturelle rammene som var lagt opp for pasientene på avdelingen spilte inn på grad av jobbtilfredshet. Den andre underkategorien fikk navnet *organisatoriske arbeidsbetingelser*, og omhandlet hvordan ulike forutsetninger sykepleierne jobbet under, påvirket deres grad av jobbtilfredshet.

4.2.1 Betydningen av struktur i behandlingen

For sykepleierne i denne studien kom strukturen i selve behandlingsopplegget på avdelingene opp som et sentralt tema i relasjon til deres jobbtilfredshet. Enighet om, og tydelige rammer rundt, behandlingen spilte inn på sykepleierne sin opplevelse av jobbtilfredshet gjennom å skape en forutsigbar og trygg arbeidshverdag. Deltakerne trakk frem tre ulike elementer ved behandlingsstrukturen; hvordan behandlingen konkret var organisert, overordnede rammer i behandlingen, samt innholdet i arbeidsoppgavene.

Hvordan dagen konkret var lagt opp, som organisering av måltider, aktiviteter og samtaler spilte inn på sykepleiernes jobbtilfredshet fordi det bidro til å skape tydelige rammer som personalet kunne støtte seg på i møte med pasientene. Struktureringen av dagen kunne brukes som et slags felles redskap for at behandlingen kunne være forutsigbar og lik for både personal og pasienter.

"Mange ganger er det uutsagte ting, og at vi blir prøvd ut veldig mye hele tiden, slik at det er mer press fra pasientene i forhold til detaljer og prinsipper. Det presset er nok mye større her enn i en alminnelig psykiatrisk avdeling, tenker jeg."
(Fokusgruppe 2)

"Når det er bestemt en ting i planen så får du pasientenes reaksjoner på ettermiddagen. "Ja men jeg fikk lov. Jeg fikk lov av han, jeg fikk lov av henne". Men du får ikke lov, det står sånn og sånn. Og det er kjempeviktig, for du kan bruke en hel kveld på å argumentere for at sånn er det. "Men" sier de da".
(Fokusgruppe 1)

En tydelig struktur la noen grenser for hva det var mulig å diskutere og forhandle om. Ved å henvise til strukturen kunne diskusjonen avlyses før den hadde begynt. Det var strukturen som ”bestemte”. Mye av årsaken til potensielle konflikter mellom personalet og pasientene ble begrunnet med spesifikke karakteristika ved pasientene. De ble oppfattet å være veldig vare for, og sårbare for endringer. For få folk på jobb, eller andre omstendigheter som bidro til at pasientenes dag ikke ble helt som de hadde tenkt, kunne føre til frustrasjon og uro i pasientgruppen, som igjen kunne ”gå ut over” personalet. Pasientene ble også beskrevet som veldig detaljfokuserte. Det var viktig for dem at alt gikk ”riktig” for seg og etter planen. De kunne særlig henge seg opp i detaljer i forhold til mat og måltider, som hvor mye salt de kunne ha på maten, eller antall agurkskiver på en brødskeive. Sykepleierne mente at dette blant annet handlet om det var en måte for pasientene å flytte fokus fra selve behandlingen og det som var vanskelig over til noe konkret. Denne detaljorienteringen kunne resultere i diskusjoner og maktkamper mellom pasientene og sykepleierne, noe som ble opplevd som frustrerende og energitappende for personalet. En klar struktur i behandlingsopplegget kunne motvirke at pasientene delte opp personalet i ”snille“ og ”slemme“, og slik motvirke splitting i personalgruppen, et fenomen som ble beskrevet å virke negativt inn på samspillet personalet imellom. Strukturen motvirket uro og frustrasjon i miljøet og virket derfor indirekte inn på jobbtilfredsheten til sykepleierne.

Også den overordnede strukturen i behandlingsopplegget ble trukket frem som en faktor som påvirket hvordan sykepleierne hadde det på jobb. Deltakerne fremhevet nytten av at hovedtrekkene i hvordan de skulle jobbe med pasientene var innarbeidet i avdelingsstrukturen og nedfelt i skriftlige dokumenter. Avdelingens behandlingsmodell og samarbeidsavtaler /- kontrakter mellom pasienten og avdelingen kunne brukes som nyttige verktøy i det daglige arbeidet med pasientene.

“Vi jobber etter modeller. Behandlingsmodeller, som vi finner ut av på forskningen. Og dermed har du felles holdninger som du snakker om, og det er en veldig god og trygg plattform.” (Fokusgruppe 2)

”Pasientene har jo skrevet under på en behandlingskontrakt og det har jo vi også gjort”. (Fokusgruppe 1)

Modellene og kontraktene sa noe om hvorfor sykepleierne skulle jobbe som de gjorde og hvordan de skulle gjøre det, om betingelsene for innleggelsen, og målet med behandlingen, for eksempel forventet vektoppgang. En slik kontrakt ble sett på som gjensidig forpliktende for pasienten og personalet. Felles metoder å jobbe etter bidro til at pasientene og personalet jobbet i samme retning og mot det samme målet. Imidlertid kunne det være frustrerende hvis behandlingsmodellen ikke ble endret som en konsekvens av nye diagnoser eller mer komplekse sykdomsbilder, slik at strukturene ble "hengende" etter. Det kunne få negative konsekvenser for kvaliteten på behandlingen og påvirket følgelig jobbtilfredsheten i negativ retning. Sykepleierne kom da opp i et dilemma om de skulle bruke modellene av hensyn til forutsigbarhet i behandlingsopplegget, eller om de måtte "bryte" med behandlingsmodellen.

Det tredje elementet av behandlingsstrukturen som virket inn på deltakernes jobbtilfredshet handlet om innholdet i de konkrete arbeidsoppgavene. Mange av arbeidsoppgavene og -metodene var tydelig definert og var en sentral del av behandlingsopplegget. En slik arbeidsoppgave var å spise sammen med pasientene. Flere dimensjoner av det å spise med pasientene virket inn på sykepleiernes trivsel på jobben. Det å være sammen med pasientene under måltidet var en følelsemessig belastende oppgave, fordi mye av det vanskelige pasientene slet med kom til uttrykk gjennom måltidet. En deltaker beskrev det som at *"Kjøkkenet er kjernen. Det er der mye av sykdommen er"* (Fokusgruppe 1). For eksempel kunne det gi seg utslag i at stemningen under måltidet kunne være tung og trykket. Noen deltakere beskrev at de kunne reagere fysisk og psykisk når de spiste sammen med pasientene.

"Jeg får fysisk vondt i magen når jeg spiser. Jeg blir dårlig, jeg må ut."
(Fokusgruppe 2)

"Det er som å gå i begravelse noen ganger". (Fokusgruppe 2)

Det å spise sammen med pasientene ble beskrevet som en viktig, men krevende oppgave, som virket inn på hvordan deltakerne hadde det på jobb. Det å være tydelige på hva som var deres rolle og oppgave i måltidet, kunne gjøre måltidssituasjonene enklere å takle. Sykepleierne var ikke nødvendigvis alene om ansvaret med å skape en god stemning, og det var heller ikke deres ansvar at pasientene faktisk klarte å fullføre måltidene.

Hvordan måltidet skulle foregå var bestemt på forhånd, og foregikk etter samme ”oppskrift” hver gang. Årsaken til det var at sykepleierne fungerte som rollemodeller for pasientene, og viste gjennom handling at mat ikke var farlig. En deltaker fra fokusgruppe 2 illustrerer: *”Vi må være modeller. Det blir som å skrive etter en oppskrift, du mister frihet til å velge.”* Det å ikke selv kunne velge type og mengde mat kunne oppleves som vanskelig for personalet. Det var ikke alltid at de likte den maten som ble servert, eller at de måtte spise en større mengde enn det de følte seg komfortable med. Det var en faktor som truet jobbtilfredsheten.

Det å jobbe på måter hvor personalet opplevde at pasientene også jobbet og bidro i samtale, ble beskrevet som en faktor som fremmet en opplevelse av jobbtilfredshet. Et eksempel var å jobbe gruppeterapeutisk med pasientene. Begge avdelingene hadde flere former for pasientgrupper i løpet av en uke, og det var en sentral arbeidsmåte nedfelt i behandlingsstrukturen. Utsagnet under illustrerer gleden en sykepleier opplevde gjennom å jobbe på denne måten.

”De dagene jeg jobber gruppeterapeutisk, og det er gjerne den travleste dagen min, den torsdagen fra jeg kommer om morgenen og til jeg liksom hiver meg ut fra terapien. Det er jo ikke den dagen jeg nødvendigvis er mest sliten. Og det synes jeg er ganske interessant, for det går jo på måter vi jobber på og det å ha jobbtilfredsstillelse. Og, da er den fornøydheten min, eller den gleden jeg veldig ofte kjenner, det er en god, dyp glede som jeg kjenner etter at jeg har hatt de gruppene. Jeg kan ha det ellers også, men det er helt klart mye oftere der.”
(Fokusgruppe 2)

Følgende utsagn spesifiserer hvordan pasientenes bidrag i gruppene medvirket til denne gleden.

”Jeg synes det er artig i gruppene. Noen ganger kan jeg bare lene meg tilbake og høre på. Pasientene har vært en sammen en stund, så det er god dynamikk i gruppa, de tør å si ting til hverandre og kommentere. Det kan handle om noe de andre kan gjøre bedre, noe de gjør bra og de gir støtte til hverandre. Da er det så artig”. (Fokusgruppe 1)

Det å føle at de kom noen vei, og at pasientene klarte å jobbe med seg selv ble opplevd som meningsfylt og morsomt. Energien og gleden denne måten å jobbe på ga sykepleierne påvirket deres jobbtilfredshet på en måte som gjorde at det var verdt strevet og innsatsen.

4.2.2 Organisatoriske arbeidsbetingelser

Ulike former for arbeidsbetingelser var med på å ramme inn både arbeidshverdagen og privatlivet til sykepleierne, og påvirket deres opplevelse av jobbtilfredshet i positiv og negativ retning. En av årsakene var at gode arbeidsbetingelser skapte rom for at sykepleierne kunne bruke tiden og kompetansen sin på den jobben de var ansatt for å gjøre.

”Det må være en helhet, som drar det samme lasset en vei, slik at det ikke blir sånn at du føler at administrative ting står i veien for det du skal gjøre. Og det kjenner jeg at kan gjøre mye med tilfredsheten min på jobben.” (Fokusgruppe 1)

Hvordan tilstedeværelsen til sykepleierne var organisert, som var konkretisert i avdelingens turnus, var en form for arbeidsbetingelse som spilte inn på deres grad av jobbtilfredshet. I hvilken grad sykepleierne var fornøyde med den turnusen de hadde, var personavhengig – hvorvidt de trivdes med den eller ikke varierte. Noen likte å jobbe intensivt i perioder, for deretter å ha langfri, mens andre likte at vaktene var mer jevnt fordelt over hele turnusperioden. Det å jobbe i turnus kunne påvirke hvor slitne sykepleierne ble på jobb. For eksempel kunne det å stå opp tidlig etter en tung senvakt være tøft. Det ble gitt også gitt uttrykk for at det å jobbe i turnus hadde positive sider, som for eksempel økt fleksibilitet over egen hverdag, som beskrevet under.

”Jeg liker den skiftingen. Jeg har jo i lange perioder i ulike stillinger jobbet åtte til fire, og det har innimellom vært greit, men jeg vil ikke søke meg på en sånn type jobb igjen med mindre jeg må. Jeg synes ikke det er noe alright. Jeg blir helt kvalt jeg. Det er ikke noe rom til å sjonglere, og ingen muligheter til fleksibilitet i det hele tatt. Jeg grøsser ved tanken.” (Fokusgruppe 2)

Hvordan arbeidsmiljøet rent fysisk var organisert var også en faktor som påvirket sykepleiernes trivsel. Mangelfulle fysiske betingelser kunne medføre at det ble utfordrende å utøve jobben på en slik måte som de ønsket. Dette kom særlig til uttrykk i mangel på egnede samtalerom.

”Vi har terapeuter uten kontorer, jeg vil si det er ganske drastisk når det er 16 kuldegrader ute. Og det er ikke noe kjekt”. (Fokusgruppe 2).

”Jeg tenker det at det er vi som har den nærkontakten med pasientene og som følger opp. Hvis det er en dårlig pasient, så kan man følge opp mange ganger om dagen og da må vi finne et rom hvor vi kan snakke sammen. Og jeg er ikke noe særlig glad i å ha samtaler med pasienten på deres eget rom. Når de skal være her over så lang tid så er det prioritert deres private rom.” (Fokusgruppe 2).

Mangelen på rom påvirket sykepleiernes tilfredshet både fordi det gikk ut over det tilbudet de ønsket å gi til pasientene, og fordi sykepleierne opplevde at de som faggruppe ble nedprioritert til fordel for andre yrkesgrupper.

En annen form for arbeidsbetingelse dreiet seg om muligheten sykepleierne hadde til å utvikle seg faglig. En form for faglig utvikling handlet om i hvilken grad arbeidsplassen la til rette for kompetanseheving i form av deltakelse på kurs og videreutdanninger. Særlig den ene gruppen fremhevet at arbeidsplassen var spesielt god på tilrettelegging for faglig utvikling. Det var mange tilbud om interne og eksterne kurs. De ble også oppmuntret til å ta initiativ til, og delta i ulike forsknings- og fagutviklingsprosjekter.

”Vi må ikke kjempe for å få kurs. Det må de andre steder. Kjempe mye mer for å få kurs og de gode tingene. Her er det er en del av kulturen.” (Fokusgruppe 2)

Faglig utvikling handlet også om muligheten for å kunne spesialisere seg innen et bestemt område, slik at sykepleierne kunne jobbe med arbeidsoppgaver de syntes var særlig interessante. Eksempler på dette kunne være å jobbe med kunst – og uttrykksterapi, eller å være gruppeleder i terapigrupper.

”Det at man får holde på med ting som man syns er spennende, artig og utfordrende og som gir noe, som at det at arbeidsplassen legger til rette for at man kan ha spesialfelt, eller får utdanne seg, eller får holde på med ting som en er spesielt interessert i er viktig.” (Fokusgruppe 1)

Lønn var en type arbeidsbetingelse som ble sett på som en viktig faktor i seg selv, men for sykepleierne i denne studien så de ikke på selve lønnen som en faktor som spilte inn på deres opplevelse av jobbtilfredshet i særlig grad.

”De fleste blir jo her på tross av at de ønsker seg høyere lønn. Så en er jo ikke her fordi en tjener så innmari godt da, vi tjener ikke så veldig dårlig heller i den store sammenheng. Det er noe annet som teller i forhold til jobbtilfredsheten.” (Fokusgruppe 2)

Grunnen til at lønnsnivået ikke var så viktig i forhold til sykepleiernes opplevelse av jobbtilfredshet ble begrunnet med at det ikke var en faktor de kunne endre eller påvirke i særlig grad. Det aspektet av lønnen som påvirket deres tilfredshet i negativ retning var ikke lønnsnivået i seg selv, men en opplevelse av en urettferdighet i sammenlikning med andre yrkesgrupper med tilsvarende utdanningsnivå.

”Jeg synes det er ganske demotiverende at lønnen ikke står stil til utdanningen vi som miljøpersonale har, ja det gjelder sikkert alle i helsevesenet generelt sett. Det er litt nedverdiggende å tenke på at industriarbeidere får mye bedre betalt på ettermiddager, kvelder, helger og høytider. Det er ikke noe pluss” (Fokusgruppe 1)

Det ble påpekt at dette var et typisk kvinneyrke, og at det kunne være noe av årsaken til at de ikke tjente mer. Dette ble sett på som urettferdig og lite tilfredsstillende.

En annen sentral arbeidsbetingelse var bemanningsfaktoren på avdelingen. Det at det var nok folk på jobb ble beskrevet som nødvendig for at pasientene skulle få det tilbudet de hadde krav på og for at kvaliteten på den miljøterapeutiske behandlingen skulle være på det nivået sykepleierne ønsket. Et sprik mellom de arbeidsoppgavene som skulle gjøres og bemanningen på avdelingen ble pekt på som en faktor som truet sykepleiernes jobbtilfredshet, som beskrevet under:

”Man skal alltid klare å komme seg gjennom arbeidsdagen. Spørsmålet er på hvilken måte. Behandlingen slutter jo ikke på fredag ettermiddag, den varer jo i helgen også. Og da har pasientene også krav på å få samtaler, de skal ha støttesamtaler, de skal ha oppfølging, vi har lovet dem tur, det er fast hver helg og så videre. Og da kjenner en at, jeg klarer ikke å oppfylle alt det der, dekke alle disse behovene eller det som faktisk står nedført i kontrakten. Det føles litt trasig”. (Fokusgruppe 1)

Konsekvensen av å ikke få gjort alle arbeidsoppgavene i løpet av vekten var at sykepleierne kunne oppleve at de ikke strakk til verken ovenfor pasientene eller kollegaene. Noen deltakere beskrev at de ble sittende igjen med en dårlig samvittighet ovenfor både pasienter og personal som var på jobb når de selv hadde fri, og at de tenkte på jobben når de var hjemme. Hvis dette pågikk over tid kjente de at de gikk på akkord med seg selv, noe som de satt i sammenheng med i hvor stor grad de ble slitne og utbrente i jobben. Dette viser at sykepleierne tok stort helhetlig ansvar for hverandre utover den tiden de selv var på jobb.

Tilstrekkelig tilgang på mulighet for samhandling med kollegaer og leder ble trukket frem som et tema i relasjon til jobbtilfredshet av deltakerne.

”Det at det er en arena for å ta opp ting er viktig.”

”Man må jo ha en arena der man kan ta opp og snakke om sånne ting, og det føler jeg noen ganger kan bli en del tilfeldig vaktromsprat hos oss da.” (Fokusgruppe 1)

Sykepleierne mente at de faste møtepunktene burde inngå som en naturlig del av organisasjonsstrukturen. Hvis de ikke gjorde det, ble det ofte mer tilfeldig om slike møter fant sted eller ikke. Møtene ble opplevd som viktige fordi de kunne brukes til å snakke om både prosess, for eksempel hvordan de hadde det i arbeidshverdagen, og innhold, for eksempel hvordan konkrete arbeidsoppgaver kunne løses. Eksempler på slike møter var veiledning for miljøterapeutgruppen, med ekstern eller intern veileder og ”pulsrunder”, hvor lederen var tilstede. Veiledning var et tilbud som ble satt pris på av deltakerne, men det var uenighet i gruppene angående om tilbudet burde være obligatorisk eller frivillig. De ulike avdelingene hadde organisert seg litt forskjellig i forhold til hva slags møtepunkter som fantes, men de fleste uttrykte et ønske om flere arenaer hvor de kunne samsnakke og samkjøre seg. Et eksempel på et møtepunkt som ble etterlyst var et eget fora for å diskutere miljøterapi.

”Hvis jeg skulle ønske meg noe, så hadde det vært alright om vi hadde en egen miljøterapeutsamling, for å konsolidere oss, drøfte ulike spørsmål og temaer og dele litt”. (Fokusgruppe 2)

Et større fokus på tverrfaglighet og teamarbeid kunne gi mindre plass til fagspesifikke diskusjoner.

En annen dimensjon av arbeidsbetingelser som sykepleierne var opptatt av i forhold til deres jobbtilfredshet handlet om måten personalpolitiske beslutninger, ressurser og tiltak ble forvaltet og formidlet av ledelsen, og om sykepleiernes mulighet til medbestemmelse over hvilke arbeidsbetingelser de skulle jobbe under.

Sykepleierne aksepterte at organisasjonen hadde rammer å forholde seg til i forhold til lønn og bemanning. Hva sykehuset hadde å rutte med av økonomiske ressurser la en del føringer på driften av avdelingene. Sykepleierne ga uttrykk for en forståelse for at innsparinger og sykefravær kunne være vanskelig å få gjort noe med for ledelsen. Holdingene de ble møtt med i forhold til overtidbetaling og mulighet for å ta ut avspasering hadde mye å si for hvordan de trivdes på jobb. En opplevelse av å gjøre en ekstra innsats i form av å jobbe overtid, og samtidig ikke få betalt for det, eller ikke kunne ta ut oppspart avspasering, ble sett på som frustrerende og respektløst.

”Du føler ikke at du må sjekke regnskap i forhold til om vi eller ledelsen gir mest. Moralen er at vi gir og tar litt. Men hvis du føler at hele tiden skal gi og gi uten å få så mye tilbake, da kjennes det ugreit.” (Fokusgruppe 1)

”Ledelsen kan si at nå er vi inne i en periode hvor vi kommer til å være litt dårlig bemannet og de kan spørre om vi kan stille litt ekstra opp og gi litt ekstra i en periode. Vi kan stå på ganske mye, men da føler vi også at vi må bli hørt når det er motsatt eller hvis det er ting vi trenger. Det må ikke kjennes som en kontinuerlig og langvarig prosess, eller at det til stadighet er underbemanning og underbemanning” (Fokusgruppe 1)

Sykepleierne ønsket en gjensidighet i relasjonen mellom sin egen faggruppe og ledelsen. De kunne gjerne yte en ekstra innsats over en periode, for eksempel ved stort sykefravær, men da var det en forventning om at forholdet mellom dem og ledelsen var basert på å gi og ta, slik at de følte at de fikk noe tilbake ved en senere anledning, enten i form av kompensasjon, som overtidbetaling, eller at de ble møtt på andre områder. Det å kjenne at de ble møtt og sett når de formidlet ønsker, behov og meninger var viktig. Dette kom spesielt godt frem når de innimellom opplevde at de ikke fikk svar, eller at de ble møtt med en negativ holdning til å imøtekomme deres synspunkter.

”Vi skriver jo brev til ledelsen og får ikke svar.” (Fokusgruppe 2)

”I forhold til våre innspill angående både økonomi og turnus tror jeg nok ikke det er sånn at ledelsen smiler og sier ”å ja, kjempebra. Vi skal tilrettelegge som bare det”. Vi møter ikke akkurat den holdningen.” (Fokusgruppe 1)

Deltakerne lurte på om de som gruppe var ”for tamme”, eller om de ikke ga tydelig nok uttrykk for hva de mente. De undret seg over om grunnen til at de ikke ble hørt kunne ligge hos dem selv, fordi de kanskje ikke var ”flinke” nok til å formidle sine behov. De mente at andre faggrupper, som leger og psykologer ikke ville godta tilsvarende arbeidsbetingelser.

Sykepleierne ønsket en mulighet for medbestemmelse over de arbeidsbetingelsene de skulle jobbe under. De ønsket å bli tatt med på råd for å finne løsninger i vanskelige situasjoner, for eksempel i forhold til bemanning, slik at de ikke opplevde at beslutninger ble tatt ”over hodet på oss”.

”Det er viktig at ledelse og arbeidstokken drar i samme retning, for vi har kanskje ulik erfaring. Hvis vi kommuniserer godt sammen så er det greiere å forstå

hverandre, for det kan være vanskelig for en som kanskje aldri har jobbet i en lederstilling og forstå utfordringene den enkelte leder står ovenfor. Så det å ha en dialog på den biten og løfte ting på bordet, det tror jeg er viktig. Da unngår vi en del misforståelser, og trekker i samme retning.” (Fokusgruppe 1)

Sykepleierne kom med ulike forslag til hvordan for eksempel spriket mellom oppgaver og bemanning kunne løses. Sykepleierne var uenige i om hva som var den beste løsningen, men de var enige om at de som gruppe ønsket å bli tatt med på råd sammen med ledelsen, og finne ut av utfordringene i fellesskap. Det å snakke sammen kunne også føre til en større forståelse for hverandres perspektiv.

Behovet for, og ønsket om, medbestemmelse kom også til syne ved muligheten sykepleierne hadde til å påvirke egen arbeidstid gjennom å legge sin egen turnus, som i prinsippet innebar en større mulighet for å velge når de skulle jobbe og når de skulle ha fri. En mulighet til å påvirke hvordan turnusen skulle være, kalt for ønsketurnus eller bevegelig arbeidstid, ble oppfattet som et gode. Imidlertid kunne det hende at turnusen likevel ble overstyrt av leder, noe som ble sett på som frustrerende og urettferdig, som utsagnet under viser.

”Når miljøterapeutgruppen har kommet til enighet om turnusen, så hender det at lederen kan komme og gjøre om på det, og det er jo ikke ok da. Hva er vitsen med ønsketurnus da? Hvis det er sånn at personalet skal styre ønsketurnusen og så kommer lederen vår og sier: ”nei det går ikke opp på denne måten, så her må vi gjøre noen endringer“. (Fokusgruppe 1)

Dette var et eksempel på at sykepleierne kunne være fornøyde med selve arbeidsbetingelsen, men at det var ledelsenes forvaltning av dette godet som påvirket jobbtilfredsheten deres i negativ retning.

4.3 Å gjøre en god jobb

For sykepleierne i denne studien kom det tydelig frem at en opplevelse av å gjøre den jobben de var ansatt for å gjøre på en måte som de kunne stå personlig inne for, og som var av god faglig kvalitet var et tema som de relaterte til jobbtilfredshet. To underkategorier ble plassert i denne hovedkategorien: å mestre rollen som miljøterapeut og betydningen av anerkjennelse.

4.3.1 Å mestre rollen som miljøterapeut

Det å mestre rollen som miljøterapeut ble beskrevet som essensielt i forhold til å kunne gjøre en god jobb ovenfor denne pasientgruppen, og for å trives i jobben. Det som var viktig var å ha: *”Arbeidsoppgaver som er innenfor det en føler en mestrer”* (Fokusgruppe 2).

Deltakerne pekte på ulike dimensjoner av mestringsopplevelsen. Det å mestre rollen som miljøterapeut ble knyttet opp mot erfaring. Erfaring var viktig både på individ – og gruppenivå. Erfaring på individnivå kunne bidra til at sykepleierne kjente seg trygge i rollen som miljøterapeut. *”Ja, tryggheten på at du kan, det holder, det er godt nok. Jeg vet hva jeg står for, og jeg er trygg på det”*. (Fokusgruppe 2). Det å ha jobbet på samme sted, og med samme pasientgruppe over lang tid bidro til en større forståelse for hva SF handler om, og for hva rollen som miljøterapeut innebar. Sykepleierne ga uttrykk for et sterkt ønske om å forstå hva som lå bak de ytre symptomene på spiseforstyrrelsen. Hva mer handlet det om, enn mat? Spiseforstyrrelsen ble beskrevet som et ”vesen”, med en egen personlighet og bestemte trekk og kjennetegn. Noen av deltakerne trakk frem pasientenes ambivalens, som ga seg uttrykk i at pasientene ville og ikke ville ikke ha hjelp på en gang. Dette ble beskrevet som både forvirrende, fascinerende og utfordrende for sykepleierne. Flere av sykepleierne, som hadde tidligere erfaring fra andre områder innen psykiatrien, beskrev at det å komme inn i jobben og utvikle den nødvendige kompetansen de trengte tok lenger tid i forhold til denne pasientgruppen.

”Det tok lang tid for meg å komme inn i denne problematikken og skjønne hvorfor pasientene gjorde det de gjorde.” (Fokusgruppe 2)

”Man får virkelig utfordret tålmodigheten sin i forhold til denne pasientgruppen, for det er stadig tilbakefall og det går mye i det samme, så hvis vi som personale klarer å få litt mer kompetanse på å se på hva som ligger bak all den rigiditeten og alt det styret med mat så er det lettere å forstå”. (Fokusgruppe 1)

En slik økt forståelse eller innsikt kunne gjøre jobben lettere å mestre. Denne interessen og ønsket om mer innsikt i lidelsen ble en drivkraft og motivator til å fortsette i jobben, til hele tiden å lære mer og forstå mer av hva spiseforstyrrelsen handlet om og innebar for pasientene. Et eksempel på hva en slik innsikt kunne bidra med var at erfaring med å jobbe med pasienter med SF bidro også til at sykepleierne visste at det var vanlig at pasientene svingte i humøret, og at de tok ut ulike sider av seg selv ovenfor personalet. Etter hvert ble sykepleierne mer ”tykkludete”; det ble lettere å tåle følelsesutbrudd fra pasientene. En av deltakerne sa det slik: *”Og den erfaringsgreia har jeg, så jeg tåler å bli kjeftet på den ene uka og bli klippet på den neste.” (Fokusgruppe 2)*

Et annet eksempel på hvordan innsikt gjorde jobben enklere å mestre handlet om at erfaring kunne påvirke hvordan sykepleierne relaterte seg til pasientene og hvordan de kunne godta at de ikke alltid klarte å hjelpe pasientene i så stor grad som de selv kunne ha ønsket.

”Aksept er jo et fint ord. Hvor langt kommer vi, hvor langt kommer vi ikke? Og det tror jeg kommer med årene, at du blir mer og mer i stand til å skille. Og å slippe taket.” (Fokusgruppe 2).

En slik aksept førte til en form for erkjennelse om hva som var mulig å få til, og at de måtte godta at de ikke kom så langt som de nødvendigvis ønsket. Det å komme til denne erkjennelsen kunne bidra til at sykepleierne kjente seg mindre slitne.

Det å jobbe på en spesialavdeling hvor fokuset var på en bestemt pasientgruppe kunne påvirke en opplevelse av å mestre jobben i positiv retning. Det å jobbe med bare pasienter med SF gjorde at miljøterapeutene ble godt kjent med hvordan de på best mulig måte kunne hjelpe akkurat disse pasientene. *”Men så er det sånn å kjenne at en mestrer et spesialfelt, jeg synes jo det er veldig artig å kunne si at dette kan jeg ganske godt.” (Fokusgruppe 2).* Det å ”kunne” pasienter med SF var en god følelse. Denne følelsen kunne forsterkes eller bekreftes gjennom å delta på kurs eller andre former for

kompetanseheving. Der fikk de satt faglige termer på ting de allerede praktiserte, som de hadde lært seg gjennom erfaring.

En annen dimensjon av å mestre rollen som miljøterapeut handlet om å vite hvilke oppgaver som tilhørte rollen, og hvilke forventninger som ble knyttet til hvordan de skulle løses. Noen av deltakerne beskrev en usikkerhet i forhold til hvordan de skulle løse oppgaven med å spise med pasientene, selv om de hadde flere års erfaring med å jobbe med denne pasientgruppen. *”Jeg tenker at jeg ikke vet hva som forventes av meg under måltidet. Jeg vet ikke om det er noen regler for hva som forventes av meg, jeg bare gjør så godt jeg kan”.* (Fokusgruppe 2). Selv om oppgaven var tydelig definert hadde ikke deltakerne en felles forståelse av hva som ble forventet av dem under måltidet, og kom med flere ulike innspill til hvordan oppgaven skulle løses og hvilke forventninger som lå til rollen. De måtte *”bruke seg selv som verktøy”.* (Fokusgruppe 1). Antall oppgaver som hørte til rollen kunne også oppleves som overveldende, som beskrevet under.

”Så i det ene øyeblikket står vi og smører mat til pasienten til, i neste øyeblikk sitter vi og spiser med dem, og neste gang, neste sekund så har du dem i gruppe, ikke sant. Og da blir du fed up. Da blir du mett for å si det sånn.” (Fokusgruppe 1)

For mange oppgaver knyttet til rollen ble opplevd som uoverkommelig og overveldende, og påvirket mestringsopplevelsen i negativ retning. En tydelig rolleforståelse handlet også om en forståelse for hva miljøterapirollen innebar. Hva var sykepleiernes ansvar, og hva var pasientenes?

”Og det synes jeg også vi av og til kunne brukt litt mer tid på, fordi jeg tror de gangene jeg oppdager at jeg har en høyere målsetting for pasienten enn pasienten har selv, da blir jeg sliten. Ikke sant. Det er noe med å se hva er det som er målsettingen her. At ikke jeg strever meg helt utmattet for at pasienten skal oppnå og skal få til det og få til det, og så er meg det står på. Eller at det er teamet som skal få til sammen med pasienten. Og det å være tydelig på målsettingen med innleggelsen. Jeg vil ikke være her og slite meg ut.” (Fokusgruppe 2)

Hvis sykepleierne hadde andre mål for behandlingen enn det pasienten hadde, eller de definerte rollen sin som å skulle hjelpe pasienten med noe annet enn det hun ønsket, kunne det bli slitsomt og utmattende.

På gruppenivå bidro en erfaren personalgruppe til at mange av sykepleierne hadde jobbet seg sammen over tid.

”Det er ganske stor forskjell fra når vi startet opp for fem år siden og der vi er i dag. Så det tar jo tid å innarbeide gode arbeidsrutiner, og en god arbeidsgruppe. Det gjør det. Så sånn sett så er det jo kjempeviktig med stabilitet og kontinuitet i personalgruppen for det å jobbe seg sammen tar lang tid.” (Fokusgruppe 1)

De fleste av deltakerne i fokusgruppene hadde jobbet sammen i flere år, og var trygge på at kollegaene kunne jobben sin, og at de kunne støtte seg til dem.

4.3.2 Betydningen av anerkjennelse

Sykepleierne i denne studien beskrev at det å gjøre en god jobb var knyttet opp mot at jobben de gjorde ble anerkjent. Denne anerkjennelsen kunne ha ulike former. En form for anerkjennelse kunne komme i form av konkrete, positive tilbakemeldinger fra kolleger, leder og pasienter. Sykepleierne understreket at det var viktig med tilbakemeldinger fra alle disse gruppene.

”Jeg synes det er viktig å føle at den jobben jeg gjør blir verdsatt.” (Fokusgruppe 1)

”Det er viktig å få tilbakemeldinger på den jobben jeg gjør.” (Fokusgruppe 2)

Slike tilbakemeldinger ble sett på som en form for anerkjennelse om at jobben de gjorde var betydningsfull og viktig, og av at de hadde noe å bidra med. Bekreftelsene kunne komme underveis, men tilbakemeldinger fra pasientene kunne også komme etter utskrivelse. Det ble opplevd som nyttig å få bekreftelser om at måten de jobbet på ble oppfattet som hjelpsom av pasientene etter utskrivelse, fordi de da hadde behandlingen litt på avstand, og kunne se at ting de ikke hadde vært fornøyde med under innleggelsen likevel hadde hatt en hensikt og en effekt.

Bekreftelser på at sykepleierne gjorde en god jobb, kunne også være mer indirekte, som å se resultatene av den innsatsen de la ned i arbeidet, i form av bedring hos pasientene.

”Det viktigste for meg tror jeg er det at jobben føles meningsfull og at man ser resultatene av den innsatsen man gjør“. (Fokusgruppe 1)

”På den korte tiden jeg har vært her så er det ikke mange pasienter som det ikke er noen positive endringer i. De er jo ikke friske, men jeg har sett at de har lært og de bruker det de har lært og at de kan bli mye bedre. Og det synes jeg er en skikkelig rusfølelse, det å se at det er noe som går bra, noe som fungerer, det å få veldig konkret tilbakemelding på hva det som går bedre kan være. Hvis det er noe som man selv har iverksatt selv så gir det utrolig mye tilbake. Det gjør det”. (Fokusgruppe1)

Sykepleierne i denne studien jobbet med pasienter som allerede hadde vært lenge i behandlingssystemet, og som har en sykdom det tar lang tid å bli frisk fra. De fleste av pasientene måtte fortsette i annen type behandling etter utskrivelse. Pasientene ble ikke friske fra spiseforstyrrelsen i løpet av oppholdet, men sykepleierne hadde lært seg til å se etter små tegn på bedring og positiv endring.

Det å se at det gikk bedre med pasientene og å vite at de kanskje hadde hatt en rolle i den bedringen forsterket sykepleiernes følelse av å gjøre en god jobb. Samtidig kunne det være vanskelig å oppleve at pasienter sykepleierne hadde et nært forhold til og hadde jobbet med over tid ikke ble friskere.

”Jeg synes at det er slitsomt når den pasienten som jeg er kontakt person for ikke lykkes. Det er en frustrerende og en tappende periode. Og da er jo jobbtilfredsheten så som så”. (Fokusgruppe 2)

Når det ikke gikk bra med pasienten kunne innsatsen både sykepleier og pasient hadde nedlagt i løpet av behandlingen føles forgjeves og meningsløs noe som kunne hemme jobbtilfredsheten.

4.4 Relasjonelle aspekter ved å jobbe sammen

Betydningen av relasjoner til, og et godt samarbeid med, kollegaer, leder og pasienter for en opplevelse av jobbtilfredshet kom klart frem i fokusgruppene. Dette temaet handler både om viktigheten av å ha noen å jobbe sammen med, og det å jobbe mot det samme. Kategorien består av to underkategorier: relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer og relasjonelle aspekter i forhold til pasientene.

4.4.1 Relasjonelle aspekter i forhold til kollegaer

Det å være en del av et kollegafellesskap ble beskrevet som essensielt for at sykepleierne skulle kunne trives på jobb. Det å ha gode relasjoner til arbeidskollegaene påvirket en opplevelse av jobbtilfredshet på flere måter. Det å jobbe sammen med kollegaer som de kjente godt var en viktig del av det sosiale livet og nettverket til mange av sykepleierne. Flere av deltakerne betegnet hverandre som venner. Dette sosiale fellesskapet var så viktig for noen, at det kunne gjøre det vanskelig å slutte i jobben. Utsagnet under er et eksempel på dette:

”Du kan spørre meg hva er det som gjør at jeg ikke gikk av med AFP da jeg ble sekstito. Det er nok fordi at jeg tror det blir et veldig tomrom hvis jeg slutter å jobbe. Jobben er en del av mitt sosiale liv, det er synd å si det, men sånn er det. Det tror jeg er viktig. Kjempeviktig.” (Fokusgruppe 2)

En annen viktig side av det å jobbe sammen med noen, var at sykepleierne ikke sto alene i vanskelige situasjoner. Det å alltid ha noen og rådføre seg med, og få støtte fra, i en vanskelig avgjørelse var viktig.

”Så tenker jeg på det her med jobbtilfredshet at det handler om at du jobber sammen med noen, og det at vi som jobber sammen står sammen. Det betyr i hvert fall en del for meg, å vite at jeg er ikke alene.” (Fokusgruppe 2)

Denne støtten var særlig viktig i situasjoner hvor sykepleierne kjente seg usikre eller sårbare. Et eksempel på det var hvis sykepleieren kom så tett på sin primærpasient at hun ”mistet oversikten” over situasjonen.

”Med denne pasientgruppen klarer vi kanskje ikke å være helt objektive bestandig, vi kan bli litt vel mye subjektive i forhold til de pasientene man er primær eller sekundær til. Og det er noe i pasientene som appellerer til oss, noe som er veldig vanskelig og som man må distansere seg fra. For det er veldig fort gjort at man kan bli revet med når pasientene ønsker det og det, pasientene har veldig tydelige krav til hva de ønsker, for hva de mener fungerer bra for dem. Men det trenger ikke nødvendigvis være bra tiltak som vi skal sette i verk. Det å klare og vurdere hva det er som bli bra for pasienten og ikke bra for pasienten, sette noen regler og prøve å være objektiv nok til å se, det kan jeg kjenne at jeg må spørre om hjelp til.” (Fokusgruppe 1)

Å jobbe så tett på pasienten kunne medføre at sykepleierne mistet sin profesjonelle distanse til pasienten. Det å snakke med kollegaer kunne hjelpe henne til å ta et skritt tilbake, så hun fikk tilbake overblikket.

Å jobbe i et slikt felleskap bidro til at sykepleierne ikke sto alene om vanskelige beslutninger, og de ”dro lasset sammen.” For å oppleve dette fellesskapet som noe godt og trygt måtte det være bygget på et fundament av respekt ovenfor hverandre som privat- og fagpersoner. Sykepleierne hadde ulik erfaring, bakgrunn og videreutdanninger. De måtte respektere hverandres ulikheter og kompetanse. Arbeidsmiljøet måtte være på en slik måte at de kunne kjenne seg trygge på å være seg selv, på å vise egen usikkerhet og tilkortkommenhet ovenfor kollegaene.

”Og da kommer miljøfaktoren inn. At det er et bra arbeidsmiljø. At det er rom for respekt for hverandres bakgrunn og det vi har av faglig kompetanse, vi har noe å bidra med, sammen. Det er veldig viktig.” (Fokusgruppe 1)

”For selv om en har jobbet her kjempelenge, så plutselig så lurte jeg på en ting som jeg syntes jeg var trygg på for bare et halvt år siden. Det å tørre å vise den andre siden, det tror jeg er en del av det å ha en trygghet i kunnskap og erfaring, det og vise usikkerhet, sårbarhet, trekke inn kollegaer ved behov, og at andre trekker inn meg når de tenker at dette her kan være greit å drøfte. En åpenhet, gjensidighet tror jeg.” (Fokusgruppe 2)

Også sammensetningen av miljøterapeutgruppen kunne spille inn på hvordan de hadde det sammen. Det at de var forskjellige som personer ble sett på som positivt. En mangfoldighet i personalgruppa gjorde at de kunne utfylle hverandre i møte med pasientene. Det å jobbe sammen med menn var positivt for arbeidsmiljøet, og gjorde noe med dynamikken i personalgruppen.

”Men så er det veldig mange mannfolk her heldigvis. Det tror jeg er veldig ok for pasientene, men det er veldig fint for oss også.. For oss alle sammen. Det blir en annen kultur, og det er en av grunnene som gjør at jeg trives godt på den posten i hvert fall, det at det er forskjellig. ” (Fokusgruppe 1)

Det at det var menn i personalgruppen gjorde at sykepleierne pratet sammen på en annen måte, enn de ville ha gjort hvis de bare hadde vært kvinner som jobbet sammen, da hadde det blitt mer ”vaktromsprat”.

Et godt samarbeid innad i miljøterapeutgruppen og på tvers av faggruppene ble beskrevet som viktig i forhold til og trives på jobb. Sykepleierne jobbet i tverrfaglige team rundt sine primærpasienter. Samarbeidet på tvers av faggruppene ble betegnet som godt. Det ble opplevd som mulig for alle å komme med sin mening, uavhengig av stilling. Alle måtte jobbe i samme retning og mot samme mål for å skape en forutsigbar hverdag for pasienter og for personalet. Uenigheter måtte løftes opp og diskuteres i fellesskap. Samtidig var det essensielt med en lojalitet til beslutninger som var fattet, selv om man ikke nødvendigvis var enig. Hvis en avgjørelse i forhold til en pasient var tatt, og senere ble endret av et teammedlem utenom det beslutningsdyktige behandlingsmøtet, ble det oppfattet som illojalt. Det var særlig andre faggrupper, som leger og psykologer som gjorde slike endringer.

”Jeg tror nok det er veldig viktig at vi er lojale mot det som er bestemt av primærkontakt og behandler, at vi ikke driver og lager oss våre egne behandlingsopplegg. Vi som ikke er med i beslutningsprosessen i forhold til den pasienten. For det tror jeg skaper veldig mye frustrasjoner.” (Fokusgruppe 1)

”Når jeg har vært med og gjennomført en avtale med den ene pasienten etter den andre, og stått i et trøkk mens du gjennomfører en upopulær avgjørelse og så ser en gevinst på sikt... når noen nå kommer inn og lur på om det er lurt. Da er det sånne grunnvollsrystninger. Det synes jeg er ganske slitsomt, for det går igjen på det der med hvor trygg er jeg på min medarbeider, tenker vi likt, hvis jeg foreslår det eller hvis jeg lur på det, er jeg helt bak mål? Altså, det er et eller anna i inngjerdinga som blir hullete”. (Fokusgruppe 2)

Konsekvensen av endringene kunne være usikkerhet i både pasient- og personalgruppen.

4.3.2 Relasjonelle aspekter i forhold til pasientene

For sykepleierne i denne studien var en god terapeutisk relasjon til pasienten et sentralt tema i forhold til hvordan sykepleierne hadde det på jobb. *"allianse er cluet"*.
(Fokusgruppe 2).

Karakteristika ved pasientene, som hvor gamle de var, virket inn på forholdet mellom sykepleier og pasient. Alderen til pasientene ble trukket frem som en faktor som kunne påvirke opplevelsen av jobbtilfredshet i både positiv og negativ retning. Det var uenighet i gruppene om hvordan pasientenes alder påvirket hvordan sykepleierne hadde det på job, som illustrert i dialogen under:

"Jeg trives veldig godt med å jobbe med unge jenter. De er unge, de er friske, de er vitale, de gir positiv energi, kan gi, i massevis. Det påvirker det også. Selv om er en spiseforstyrrelse der, og det vesenet ikke er så greit, så er det mye ungdom her som jeg synes er deilige. Inspirerende." (Fokusgruppe 2)

"Det tror jeg ikke jeg er enig med. Jeg synes jeg får en tantefølelse sammen med de unge virile jentene som ikke vil ditten og ikke vil datten." (Fokusgruppe 2)

Det å jobbe med unge mennesker kunne være energigivende, og inspirerende. Samtidig kunne det å jobbe med unge påvirke hvilke følelser som oppsto i sykepleieren i møtet med pasienten i negativ retning. Sykepleierne kunne oppleve at alderen til pasienten spilte inn på hvilken rolle hun fikk ovenfor pasienten, og hvordan de fikk henne til å føle seg. Kjennetegn ved det å være ung, som å ha et absolutt eller kategorisk syn på tingenes tilstand kunne føre til en opplevelse av å være formanende. Det å jobbe med unge mennesker kunne påvirke hvordan selve behandlingen forløp. De unge pasientene klarte ikke å jobbe med seg selv på den måten som ble sett på som nødvendig i forhold til det behandlingsopplegget som ble tilbudt på avdelingen. Det var altså ikke nødvendigvis alderen til pasienten som kunne være problematisk, men at behandlingen ikke var tilpasset den yngste aldersgruppen.

"Jeg synes jo at denne typen jobbing krever intellektualisme hos den som er syk. Og når det er for mye ungdomsuerfarenhet, da blir det noen absolutter. Det er ikke noe å dvele ved, de kan ikke tenke eller er ikke villig til å vurdere om det kan være sånn og kan det være sånn, det bare er sånn. Det synes jeg er mye sterkere hos ungdommen enn hos den voksne, og da synes jeg vår måte å jobbe på blir problematisk." (Fokusgruppe 2)

Eldre pasienter hadde ofte en annen og rikere erfaringsbakgrunn, og hadde dermed tilgang på mer mentalt materiale som sykepleier og pasient kunne bruke når de jobbet sammen, og kunne påvirke både relasjonen, og grad av jobbtilfredshet, i positiv retning.

Sykepleierne var opptatt av å skille mellom pasienten og sykdommen. Det kunne være vanskelig fordi denne lidelsen var en integrert del av pasienten og påvirket pasientens atferd i sterk grad. Noen ganger kunne det oppleves som at pasientene var vanskelige med vilje. *”Er det personlighetsstrukturen som er sånn, er det spiseforstyrrelsen, eller hva handler det her om egentlig.” (Fokusgruppe 1).* Det å få negative følelser ovenfor pasienten kunne gi sykepleierne dårlig samvittighet, og de kunne føle at det ikke stemte overens med hva de la i det å ha en profesjonell holdning. Samtidig ble det understreket at det at det måtte være lov å kjenne på disse følelsene, og at det var viktig å kunne diskutere det med kollegaer. Det at pasientene tok ut sine følelser ovenfor personalet ble beskrevet som *”overføringstrøkk”*.

”For når du sier stå i trykket, stå i overføringene, for er det noe spiseforstyrrede pasienter gjør er det at de vil prøve seg hele tiden, igjen og igjen og igjen. Det er det trykket. Altså begrepet overføring.” (Fokusgruppe 2)

”Ja, du ønsker dem dit... ja. Nå får det være nok. Nå får du gi deg. De gneller på det samme hele tiden, og du blir en container og du får all dritten de går og kjenner på. Jeg lurer noen ganger på, om de gjør det bare for å være ekle. Man blir nesten litt sånn. Man har jo den holdningen at man skal være profesjonell og den typen tanker kan du ikke ha og sånn kan du ikke tro om pasienten, at de er ut etter å drive oss til vannvidd, men noen ganger tenker man det likevel.” (Fokusgruppe 1)

Deltakerne i fokusgruppene skilte mellom hvordan de ulike spiseforstyrrelsesdiagnosene kunne påvirke relasjonen til pasientene. Pasienter med en anoreksidiagnose ble beskrevet som en mer krevende gruppe å jobbe med.

”Jeg begynte med å jobbe med bulimipasienter og gikk over til anoreksipasienter, og nå jobber jeg med bulimi igjen. Jeg kjenner at det passer meg bedre. Jeg drar ikke med meg så mye hjem som jeg gjorde når jeg jobbet med anoreksipasienter. Jeg synes det var krevende på en helt annen måte enn jeg synes det er med de med bulimi. De har ofte flere ord til å formulere seg med. Jeg liker den måten å jobbe på, eller jeg liker å jobbe med den type pasienter. Jeg kjenner at jeg ikke blir så sliten av det, som å jobbe med anoreksi pasienter. (Fokusgruppe 2)

Årsakene til at denne diagnosen var mer utfordrende å jobbe med ble begrunnet med at denne pasientgruppen ofte hadde problemer med å sette ord på hva de tenkte og mente om ting. Dette gjorde det tynge å jobbe og sykepleierne ble mer slitne. De kunne få en følelse av å måtte kompensere for pasientenes stillhet ved å være desto mer aktive i relasjonen. Ofte kunne de føle et større ansvar for behandlingsprosessen til anoreksipasientene, fordi de tilsynelatende ikke klarte å ta det ansvaret selv. Pasienter med en bulimidiagnose ble beskrevet som enklere å jobbe med fordi de var følelsesmessig mer tilgjengelige – de kunne lettere beskrive hvordan de tenkte og følte rundt et tema. Når pasientene var mer følelsesmessige tilgjengelige kunne pasient og sykepleier sammen jobbe med den tematikken som pasientene brakte på banen, istedenfor å bruke energi på å hjelpe pasientene til å sette ord på tematikken.

5.0 Diskusjon

I det følgende kapitlet diskuteres de empiriske funnene fra denne studien sett opp mot aktuell teori og forskning. Det ble gjort nye litteratursøk på bakgrunn av studiens funn. For å strukturere diskusjonen blir det tatt utgangspunkt i den konseptuelle modellen som ble presentert i kapittel 2.2.2. Mange av temaene omhandler flere av faktorene, og det var derfor nødvendig å ta et valg på hvor det skulle plassere, for å unngå gjentakelser. Studien vil bli referert til som fokusgruppestudien.

5.1 Ekstrapersonlige faktorer

I fokusgruppestudien kom betydningen av ulike ekstrapersonlige faktorer særlig tydelig frem under hovedkategorien ”betydningen av gode ramme faktorer i jobbhverdagen”. De fleste av temaene som kom opp var på ulikt vis relatert til organisasjonen og avdelingen sykepleierne jobbet på.

Betydningen av ulike organisatoriske faktorer i forhold til jobbtildfredshet er godt dokumentert (Stamps, 1997; Blegen M.A, 1993; Zangaro, 2007; Thomson et al., 1999). Imidlertid er ikke betydningen av strukturelle rammer i et behandlingsopplegg tidligere vektlagt som tema i relasjon til jobbtildfredshet i eksisterende forskningslitteratur fra sykepleiefeltet. Struktur står sentralt i all form for miljøterapeutisk behandling (Gunderson, 1978; Larsen, 2004; Skårderud, 2004). Det var således ikke overraskende at det fremkom som et sentralt funn i fokusgruppestudien. Hvorfor dette også var et tema som spilte inn på sykepleierne i fokusgruppestudien sin opplevelse av jobbtildfredshet, kan knyttes til at struktur nettopp er en essensiell del av et vellykket behandlingsløp og god kvalitet på sykepleien, og at fravær av, eller en mangelfull struktur derfor kan skape en vanskelig og mindre tilfredstillende arbeidssituasjon for personalet ved at kvaliteten på behandlingen blir dårligere, noe som ifølge Robinson et al. (1995) kan påvirke jobbtildfredshet negativt. Faren ved et for sterkt fokus på struktur kan imidlertid gå på bekostning av en fleksibel tilnærming til den enkelte pasienten, og således utover kvaliteten på selve behandlingen (Skårderud, 2004).

En klar behandlingsstruktur kunne bidra til færre diskusjoner og uenigheter personalet i mellom, og mellom sykepleierne og pasientene i fokusgruppestudien. Noe av målet med en tydelig miljøterapeutisk struktur i behandling av SF er både for å skape rom for terapeutisk interaksjon og minimere diskusjoner med pasienten (Skårderud, 2004). Ramjan et al. (2003) fant at pasient og sykepleier hadde relativt hyppige diskusjoner, særlig rundt temaer som handlet om mat og måltider. Dette kom også frem i fokusgruppestudien. En klar ekstrapersonlig struktur rundt behandlingen kunne således motvirke interpersonlige konflikter mellom sykepleier og pasient ved "ramme inn" ambivalensen til pasientene gjennom at de slapp å forholde seg til en del vanskelige valg, for eksempel om de skulle spise eller ikke. Konflikter internt i sykepleiegruppen kan påvirke jobbtilfredshet i negativ retning (Duddle & Boughton, 2007; Almost, Doran, McGillis, & Laschinger, 2010). Almost et al. (2010) fant også at konfliktnivået innad i sykepleiegruppen ofte er høyere på avdelinger som behandler pasienter som krever kompleks pleie, som pasienter med SF er.

En tydelig struktur i avdelingsmiljøet kan bidra til en følelse av trygghet, forutsigbarhet og en opplevelse av kontroll for pasientene (Larsen, 2004; Skårderud, Haugsgjerd, & Staincke, 2010; Skårderud, 2004). Funnene fra fokusgruppestudien indikerte at kontroll også var viktig for sykepleierne, og at strukturen bidro til å opprettholde denne. Sykepleierens rolle i behandlingen av SF har blant annet et preg av kontroll og overvåking, som kan resultere i en kamp om kontroll og konflikter mellom sykepleiere og pasienter (Ramjan et al., 2003). Pasienter som lider av en SF sees ofte på som såkalt "vanskelige" pasienter på grunn av deres komplekse sykdomsbilde. En studie som undersøkte hvordan psykiatriske sykepleiere karakteriserte pasienter fant at de "vanskelige" pasientene utfordret sykepleierens kontroll og kompetanse gjennom å ikke ville motta hjelp. Dette kunne resultere i en maktkamp mellom sykepleier og pasient (Breeze & J.A., 1998). I følge Maslows (1987) teori om behovshierarki har alle mennesker et grunnleggende behov for trygghet, forutsigbarhet og kontroll. I møte med alvorlig fysisk og psykisk syke pasienter, som ikke nødvendigvis ønsker hjelp, og som kan ha en selvdestruktiv og potensielt livstruende atferd, kan man anta at sykepleierne i fokusgruppestudien følte seg utrygge, redde og rådvile når de samtidig var i en posisjon hvor oppgaven deres var å hjelpe pasientene til å bli friske. Det er rimelig å slutte at en slik situasjon kan ha påvirket sykepleierens jobbtilfredshet i negativ retning. En måte å gjenvinne trygghet og kontroll på for sykepleierne var å ramme inn pasientene og spiseforstyrrelsen ved å holde på

strukturen. En studie som undersøkte sammenhengen mellom avdelingsmiljøet (ward atmosphere) og jobbtilfredshet på en døgnavdeling for psykosebehandling, fant en sammenheng mellom jobbtilfredshet og hvor viktig personalet syntes det var å ha kontroll over avdelingsmiljøet (Rossberg & Friis, 2004).

Funnene fra fokusgruppestudien viste at ulike former for arbeidsbetingelser var et tema i forhold til sykepleiernes opplevelse av jobbtilfredshet. Kompensasjon i form av lønn er blant de faktorene som rangeres som den viktigste kilden til jobbtilfredshet, og samtidig blant de variablene det er mest misnøye med blant sykepleiere (Stamps, 1997; Zangaro, 2007; Aronsen, 2005; DeCola & Riggins, 2010). Sykepleierne i fokusgruppestudien så ikke på lønn i seg selv som en kilde til jobbtilfredshet, og skilte seg dermed fra funn i studiene beskrevet over. Det som bidro til tilfredshet var ”noe annet”.

Herzberg (1993) klassifiserte lønn som en hygienefaktor, hvor et lite tilfredsstillende lønnsnivå kan bidra til utilfredshet, mens et tilfredsstillende nivå ikke er en kilde til jobbtilfredshet. For sykepleierne i fokusgruppestudien var det imidlertid ikke lønnsnivået i seg selv som påvirket deres opplevelse av jobbtilfredshet i negativ retning. En opplevelse av utilfredshet med lønnsnivået oppsto først når de sammenlignet seg med tilsvarende yrkesgrupper, og opplevde forskjellen som urettferdig. Denne oppfatningen stemmer overens med et likehetsteoretisk perspektiv, hvor jobbtilfredshet forstås som et resultat av individets sammenlikning med andre i tilsvarende / samme gruppe. Lønn blir spesifikt trukket frem som en faktor som bidrar til en opplevelse av urettferdig behandling (Adams, 1968; Kaufmann & Kaufmann, 2009).

Funnene til Farrel & Dares (1999), Lautizi (2009) og Thomson (1999) støttet oppunder viktigheten av en mulighet for vekst og læring på arbeidsplassen. Dette bekreftes også av ulike teoretiske tilnærminger til en forståelse av jobbtilfredshet. I følge Herzberg (1993) spiller en arbeidstakers mulighet for å lære nye ferdigheter på arbeidsplassen inn på hennes tilfredshet. I følge Thorsrud og Emery (1970), kjennetegnes et godt arbeidsmiljø blant annet av at arbeidstakeren har mulighet til å lære noe gjennom jobben, og fortsette å lære noe. Det er også funnet en sammenheng mellom i hvor stor grad arbeidstakeren opplever selvaktualisering innenfor rammene av arbeidsplassen og jobbtilfredshet i en døgnpsykiatrisk avdeling (Rossberg, Eiring, & Friis, 2004). For sykepleierne i fokusgruppestudien var en opplevelse av økt formell kunnskap en intrapersonlig faktor

som fremmet en opplevelse av jobbtilfredshet. Dette var avhengig av en ekstrapersonlig tilrettlegging for ulike kompetansehevende tiltak.

Tilgang på formelle arenaer for samhandling ble trukket frem som en ekstrapersonlig faktor som påvirket jobbtilfredsheten til sykepleierne i fokusgruppestudien. Veiledning ble pekt på som en slik arena. Tidligere studier fra det psykiatriske sykepleiefeltet bekrefter viktigheten av veiledning som en fremmede faktor for jobbtilfredshet (Rask & Levander, 2001; Severinsson & Hummelvoll, 2001; Hyrkas, 2005).

Betydningen av arbeidstakerens opplevelse av autonomi på arbeidsplassen i forhold til jobbtilfredshet er veldokumentert (Stamps, 1997; Blegen M.A, 1993; Zangaro, 2007). Muligheten for en autonom rolle trekkes også frem som en viktig psykososial faktor ved arbeidsplassen, som kan være med på å fremme trivsel (Thorsrud & Emery, 1970; Hackman & Oldham, 1976). Funnene fra fokusgruppeintervjuene bekrefter tidligere funn om at det å ha anledning til å velge arbeidsoppgaver man synes er interessante virker positivt inn på en opplevelse av jobbtilfredshet. I fokusgruppestudien var deltakerne også opptatt av selv- og medbestemmelse ikke bare i forhold til arbeidsoppgavene de skulle gjøre, men også i forhold til organisatoriske beslutninger som angikk dem, som mulighet til å påvirke egen arbeidstid. Dette støttes av funnene til Pryce et al (2006), om at innføring av ønsketurnus økte jobbtilfredsheten til sykepleierne. For sykepleierne i fokusgruppestudien ble mulighet for medbestemmelse i forhold til egen arbeidstid i utgangspunktet beskrevet som en fremmede faktor for jobbtilfredshet, men hvis denne retten bare var på papiret, og ikke var reell, ble det en kilde til frustrasjon og utilfredshet. Herzbergs (1993) klassifikasjon av autonomi / mulighet for ansvar som en motivasjonsfaktor som påvirker tilfredshet, men ikke utilfredshet, støttes dermed bare delvis.

Betydningen av medbestemmelse over egen arbeidshverdag kom også frem som et tema i fokusgruppene relatert til valgfrihet i forhold til hva slags type og mengde mat sykepleierne kunne spise sammen med pasientene. Det å spise med pasientene er en sentral oppgave ved det å jobbe med denne pasientgruppen (Lask & Waugh, 2000). Samtidig er det å innta mat viktig for alle mennesker. Denne spesielle oppgaven la en føring på enkeltindividet, slik at grensen mellom det private og profesjonelle kunne bli flytende. Arbeidsoppgaven overstyrte arbeidstakerens egen vurdering av hva slags mat hun likte, og

hvor mye hun ønsket å spise. Man kan derfor anta at dette var særlig problematisk fordi det gikk utover arbeidstakerens private autonomi.

Prosjektet ”god vakt”, som undersøkte arbeidsmiljøet på norske sykehus fant at det i alle helseforetakene som ble undersøkt var et misforhold mellom arbeidsoppgaver og ressurser (Arbeidstilsynet, 2005). Bjørk et al (2001) fant tilsvarende misforhold. Mange pasienter per sykepleier kan ha en sammenheng med lav jobbtilfredshet og utbrenthet (Aiken et al., 2002). Det er også funnet en sammenheng mellom arbeidsmengde, bemanning og jobbtilfredshet (Tummers, Landeweerd, & Van Merode, 2002). Dette samsvarer med funnene i fokusgruppestudien, hvor et slikt misforhold mellom arbeidsoppgaver og bemanning kom tydelig frem som en faktor som påvirket deres jobbtilfredshet i negativ retning.

For sykepleierne ble en uhåndterlig arbeidsmengde knyttet opp mot en negativ mestringsopplevelse av rollen som miljøterapeut. I en studie som undersøkte sykepleieres forventinger til arbeidsplassen identifiserte deltakerne arbeidsmengde som den minst tilfredsstillende delen av arbeidet (DeCola & Riggins, 2010). Det ser også ut til å være en sammenheng mellom arbeidsmengde og kompleks pleie, sannsynligvis fordi høy grad av kompleksitet krever mer tid og oppmerksomhet til hver enkelt pasient (Tummers et al., 2002). Behandling av spiseforstyrrelser hører til blant den ressurskrevende gruppen av pasienter med en psykisk lidelse (Pedersen, Sitter, Lilleeng, & Bremnes, 2011).

5.2 Intrapersonlige faktorer

Funnene fra fokusgruppestudien viste at det å oppleve jobben sykepleierne gjorde som kvalitetsmessig god var et sentralt tema for dem i relasjon til å være tilfreds på jobb. Det er nærliggende å knytte hva som ligger i det å gjøre en god jobb opp mot utfallet av jobben eller kvaliteten på, eller mengden som blir produsert. Forholdet mellom jobbtilfredshet og produksjon / ytelse var, som nevnt, selve utgangspunktet for interessen for jobbtilfredshet og har fått mye oppmerksomhet i teoretiske tilnærminger og forskning på området (Kaufmann & Kaufmann, 2009; Einarsen & Skogstad, 2005). Det er imidlertid ikke

entydige funn i litteraturen i forhold til sammenhengen mellom hvor godt eller mye arbeidstakeren yter på jobb og hvordan hun trives (Einarsen & Skogstad, 2005). Formen for arbeid som sykepleierne i denne studien utøvde er i tillegg vanskelig målbart. Funnene fra fokusgruppestudien handlet imidlertid om sykepleiernes subjektive vurdering av hvilke elementer som lå i ”produktet” en god jobb, og ikke på objektive krav til produksjon eller kvalitet. For sykepleierne i fokusgruppestudien var det å mestre rollen som miljøterapeut en sentral del av det å gjøre en god jobb. Vareide et al (2001) fant at det å være faglig dyktig er en viktig del av sykepleieres identitet. På grunn av en stresset og presset arbeidssituasjon og organisatoriske hindringer kan samtidig sykepleiere finne det vanskelig å oppfylle egne profesjonelle idealer (Bjørk, 2001).

I følge Lazarus og Folkman (1984) kan mestring (coping) defineres som en: ”Dynamisk endring av kognitive prosesser og oppførsel for å møte eksterne krav og /eller nå personlige målsettinger som vurderes av den enkelte som belastende eller vanskelig” (s.10). De skiller mellom to ulike former for mestring: *emosjonsfokusert*, som er rettet mot å endre personens følelser, og *problemfokusert* mestring som er rettet mot å endre miljøet. Sykepleierne i fokusgruppestudien var mest opptatt av hvilke miljøfaktorer som var med på å bidra negativt til deres mestringsopplevelse, men også om hvordan økt erfaring med og innsikt i denne pasientgruppen kunne gjøre jobben deres følelsmessig enklere å håndtere.

En opplevelse av mestring kan relateres til opplevd kontroll over arbeidshverdagen og med arbeidsoppgavene (Ursin & Eriksen, 2004). Årsaker til lav mestring og lav kontroll kan både knyttes til individets egne mestringsstrategier (Ursin & Eriksen, 2004) og karakteristika ved det psykososiale arbeidsmiljøet (Karasek & Theorell, 1990). En opplevelse av mestring handler også om hvilke krav og forventninger en som arbeidstaker stiller til seg selv, og om hva man opplever blir forventet av organisasjonen (Ursin & Eriksen, 2004). En mangelfull opplevelse av mestring for deltakerne i fokusgruppestudien kunne være en konsekvens av at de ikke fikk gjort alle arbeidsoppgavene som tilhørte rollen. Dette samsvarer med funnene fra en kvalitativ studie utført av Christensen (2008), som undersøkte hva sykepleiere la i det å gjøre en god jobb. Et av hovedtemaene handlet om at en god jobb var relatert til at sykepleierne følte at de fikk gjort alt som skulle gjøres, og at pasientene fikk den behandlingen og omsorgen de trengte. Jackson (2005) undersøkte

hva sykepleiere la i det å ha en god dag på jobb. Det å få å få ”gjort jobben unna” innenfor rammene av arbeidsdagen bidro til en følelse av å ha prestert og fullført noe.

En opplevelse av mangelfull mestring eller lav kontroll på arbeidsplassen har vært mye undersøkt på grunn av en antatt sammenheng med negative konsekvenser for arbeidstakerens helse. Deltakerne i fokusgruppene fortalte om at en opplevelse av å ikke mestre kunne medføre en følelse av å ikke strekke til, som igjen kunne føre til utbrenthet og slitenhet. Karasek (1990) hevder i sin modell om krav og kontroll på arbeidsplassen at store psykologiske krav på arbeidsplassen og liten mulighet for kontroll i arbeidssituasjonen kan slå negativt ut for arbeidstakernes helse. De psykologiske kravene består av både en kvalitativ og en kvantitativ komponent, og kan for eksempel være stor arbeidsmengde eller komplekse arbeidsoppgaver. Arbeidet sykepleierne i fokusgruppestudien utførte må kunne sies å være komplekst, som kunnskapsarbeid ofte er (Nerland & Jensen, 2010). Karakteristika ved det psykososiale arbeidsmiljøet ved spesialavdelinger for spiseforstyrrelser, slik det ble beskrevet av sykepleierne i fokusgruppestudien, var at mye av dagen allerede var definert gjennom strukturen i avdelingsmiljøet og behandlingsopplegget, og de måtte være tilstede i avdelingen hele dagen. Således kan man hevde at sykepleierne i fokusgruppestudien var i risikogruppen i forhold til opplevd lav kontroll over egen arbeidshverdag, og dermed særlig utsatt for stress. Dette er igjen eksempel på samspillet mellom ekstra- og intrapersonlige faktorer.

Funnene fra fokusgruppestudien viste at erfaring, spesifikt relatert til erfaring med SF-pasienter var en viktig dimensjon av det å mestre jobben, og at sykepleierne trakk det frem som en faktor som spilte positiv inn på deres jobbtilfredshet. Begrepet mestringstro (self efficacy) handler om individets egen tro på evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå ønsket mål. Ifølge Bandura (1977) er mestringstro både et produkt av, og en oppbygging av, erfaring. Det å lykkes med det man gjør styrker mestringstroen, mens hvis man mislykkes svekkes troen. Den beste måten å utvikle en sterk mestringstro på er gjennom erfaringer med å mestre. Det kan både være tidligere erfaring med å mestre fra samme område, og vikarierende erfaring med å mestre fra tilsvarende områder. Økt erfaring med å jobbe med denne pasientgruppen kan således ha styrket sykepleierne i fokusgruppene sin mestringstro. Sykepleierne i fokusgruppestudien sin personlige kunnskapsbase (Antrobus, 1997) var dermed en viktig ressurs og mestringsstrategi.

Viktigheten av erfaring for sykepleierne i denne studien sin opplevelse av jobbtilfredshet kan knyttes til den personlige dimensjonen ved kunnskapsarbeid (Nerland & Jensen, 2010). En sentral del av kunnskapsbasen til sykepleierne som jobbet i dette feltet måtte læres via erfaring, formell kunnskap var ikke tilstrekkelig for å mestre rollen.

Det finnes lite litteratur fra sykepleiefeltet som spesifikt trekker frem erfaring i relasjon til jobbtilfredshet. Matos et al. (2010) fant ingen sammenheng mellom erfaring og jobbtilfredshet. En studie fant at grad av jobbtilfredshet var opptil dobbelt så høy blant sykepleiere på sykehus hvor halvparten av sykepleierne var uerfarne i forhold til på de sykehusene hvor bare rundt 20 % av personalet besto av uerfarne sykepleiere (Kanai, Aiken, Sloane & Poghosyan, 2008). Aronson (2005) fant at i en studie at jobbtilfredsheten kan synke når man har jobbet en stund, men blant sykepleiere som hadde jobbet i mer enn seks år, fant han en økning i grad av jobbtilfredshet, til et tilsvarende nivå som da de var nyutdannete. Sykepleierne som deltok i fokusgruppestudien må kunne karakteriseres som relativt erfarne, da de i gjennomsnitt hadde mer enn fem års erfaring med å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser, og de fleste hadde jobbet som sykepleiere i flere år før de begynte å jobbe med denne spesifikke pasientgruppen. På tross av at få studier har sett direkte på sammenhengen mellom erfaring og jobbtilfredshet er det rimelig å anta at en erfaren sykepleier har en eller flere former for videreutdanning, og relativt høy alder, slik tilfellet var for utvalget i fokusgruppestudien. Noen studier finner en positiv sammenheng mellom videreutdanning og grad av jobbtilfredshet (Hyrkas, 2005), og også mellom alder og jobbtilfredshet (ibid). Finnøy (2000) fant at risikofaktorer i forhold til lav jobbtilfredshet var kort erfaring, lav utdanning og ung alder.

Funnene fra fokusgruppestudien pekte på at erfaring kunne øke sykepleiernes motstandsdyktighet i forhold til pasientene. Dette støttes av funnene til Matos et al. (2008), som fant grad av motstandsyktighet hang sammen med grad av jobbtilfredshet.

Erfaring med en spesifikk pasientgruppe ga sykepleierne i fokusgruppene økt innsikt i, og kompetanse på, hvordan de best kunne hjelpe disse pasientene. Sykepleieteoretikeren Patricia Benner (1995) differensierer sykepleiere som gruppe og peker på hvordan arbeidshverdagen fortøner seg forskjellig avhengig av om sykepleieren er erfaren eller ikke. Benner (1995) hevder at større stabilitet i personalgruppen vil føre til økt jobbtilfredshet blant sykepleiere, noe som ble bekreftet av funnene i fokusgruppestudien.

Noe av årsaken til at sykepleierne i fokusgruppestudien trakk frem erfaring som en sentral faktor i relasjon til jobbtilfredshet, kan ha vært nettopp fordi de var erfarne, slik at de hadde et bevisst forhold til at erfaring var viktig for dem.

Begrepet rolle henviser til et individs plass i et sosialt system. Ulike former for rolleproblemer kan oppstå som en konsekvens av at arbeidstakeren ikke klarer å oppfylle rollen. Rolletvetydighet handler om manglende tydelighet rundt jobbens utførelse. Dette kan være et resultat av at forventningene til den som skal utføre jobben ikke er klart nok formulert. Rolletvetydighet kan påvirke jobbtilfredshet og jobbytelse i negativ retning. Rolleoverbelastning oppstår når for mange oppgaver er knyttet til rollen, og kan føre til stress (Kaufmann & Kaufmann, 2009; Einarsen & Skogstad, 2005). En studie som undersøkte sammenhengen mellom jobbtilfredshet og relaterte faktorer fant en sammenheng mellom grad av jobbtilfredshet og rolletvetydighet (Lu, While, & Barriball, 2006). I fokusgruppestudien ble det gitt uttrykk for en usikkerhet i relasjon til hva som ble forventet av sykepleierne når de skulle spise med pasienten, en oppgave som samtidig ble sett på som sentral, og som det dermed var knyttet en forventning til at de mestret. For mange oppgaver relatert til rollen kunne også føles uoverkommelig, og slik føre til rolleoverbelastning, noe sykepleierne relaterte til en økt opplevelse av stress.

Anerkjennelse spilte en sentral rolle for sykepleierne i fokusgruppestudien sin opplevelse av å gjøre en god jobb. En form for anerkjennelse kunne være gjennom direkte tilbakemeldinger fra kollegaer og pasienter. Dette stemmer også overens med funnene i Christiansens (2008) og Jacksons (2005) studier; tilbakemeldinger fra kollegaer og ledere understreket og bekreftet sykepleiernes opplevelse av å gjøre en god jobb. En intrapersonlig opplevelse av anerkjennelse var dermed knyttet opp mot interpersonlige relasjoner til kollegaer og leder.

Thorsrud og Emery (1970) trekker frem det å kunne se en sammenheng mellom den jobben man gjør og hva som betraktes som verdifullt eller nyttig i et samfunnsnyttig perspektiv som et av sine psykologiske jobbkra. Også Hackman og Oldham trekker frem jobbens oppgaveviktighet; grad av oppgaveviktighet angir jobbens betydning for andre mennesker (Hackman & Oldham, 1976). En studie fant at det å hjelpe pasienter var den mest fordelaktige siden av rollen som sykepleier (DeCola & Riggins, 2010). En annen form for bekreftelse på at jobben betydde noe for noen utenfor en selv var å se resultater av den

jobben sykepleierne gjorde i form av fremgang eller bedring hos pasientene. I sin undersøkelse av sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet på fire somatiske avdelinger fant Vareide et al (2001) at det å kunne bety noe ovenfor pasienten var en kilde til trivsel på arbeidsplassen. Christiansen (2008) fant at det å kjenne at man gjorde en god jobb var knyttet til pasientens velvære og bedring. Hvis det derimot ikke gikk så bra med pasientene påvirket det opplevelsen av å gjøre en god jobb i negativ retning. Dette samsvarer også med funnene i fokusgruppestudien. Benner (1995) hevder også at sykepleieres motivasjon til å gjøre en god jobb er særlig sterk på grunn av de potensielt alvorlige situasjonene som kan oppstå hvis de ikke gjør en god jobb. Ønsket om å gjøre en god jobb fremsto som en viktig verdi for sykepleieren i fokusgruppestudien. Ifølge Lockes (1975) teori om verdidiskrepans ville et sprik mellom ønsket om å gjøre en god jobb, og opplevelsen av å ikke få det til, føre til jobbtilfredshet.

5.3 Interpersonlige faktorer

Kunnskapsarbeid har en relasjonell komponent - man jobber i et system, og er dermed avhengig av andre (Fossestøl, 2004). De interpersonlige faktorene i fokusgruppestudien kom tydeligst frem under hovedkategorien ”å jobbe sammen”. Behovet for å ha andre mennesker rundt seg er viktig for et individs tilfredshet, både privat og i jobbsammenheng. I følge Maslow er sosiale behov et såkalt mangelbehov, som vil virke som en drivkraft for individet inntil det er dekket (Maslow, 1987). Det er bred forskningsmessig støtte i sykepleiefeltet for betydningen av interpersonlige relasjoner i forhold til jobbtilfredshet (Stamps, 1997; Blegen, 1993; Zangaro, 2007). Bjørk (2007) fant internasjonale forskjeller på hvilke faktorer sykepleiere rangerte som viktigst for jobbtilfredshet. For norske sykepleiere var interaksjon mellom kollegaer viktigere enn lønn, noe som stemmer overens med funnene fra fokusgruppestudien.

Jackson (2005) fant at det å trives i kollegaenes selskap var viktig i forhold til å oppleve arbeidsdagen som god. Dette støttes av funnene til Farrel og Dares (1999). Dette samsvarer med funnene fra fokusgruppestudien som pekte på at det sosiale samværet med kollegaer var en fremmende faktor for jobbtilfredshet i seg selv. Ifølge Herzberg (1993) kan fravær

av interpersonlige relasjoner på jobb være en kilde til jobbtillfredshet. Resultatene av fokusgruppestudiene indikerte derimot at gode relasjoner til kollegaer var en kilde til tilfredshet selv om slike relasjoner var tilstede. DeCola & Riggins (2010) fant at teamarbeid og et godt forhold til kollegaer var blant de mest positive erfaringene sykepleierne hadde med jobben sin. Sykepleierne i fokusgruppestudien trakk frem det sosiale fellesskapet med kollegene som en faktor som påvirket en eventuell intensjon om å slutte i jobben. Dette er en variabel som flere studier har funnet at henger sammen med jobbtillfredshet og indirekte sammen med turnover (Alexander et al., 1998; Ito et al., 2001).

Hawthorne studiene satt søkelyset på betydningen av sosial støtte i forhold til jobbtillfredshet (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005). Sosial støtte kan forstås som positiv eller hjelpsom sosial interaksjon med kollegaer og ledere på arbeidsplassen (Karasek & Theorell, 1990). Behov for anseelse, mellommenneskelig respekt og støtte er et av Thorsrud & Emery (1970) sine psykologiske jobbkraav. En studie som undersøkte hvilken betydning sosial støtte hadde for et utvalg psykiatriske sykepleiere, fant en signifikant sammenheng mellom grad av sosial støtte både i privatlivet og på jobb i relasjon til jobbtillfredshet (Munro, Rodwell, & Harding, 1998). Hamaideh et al (2011) fant at psykiatriske sykepleiere som skårte høyt på jobbtillfredshet og sosial støtte sto i mindre fare for å bli utbrent enn de som hadde lavere grad av jobbtillfredshet og opplevde mindre grad av sosial støtte. Støtte fra kollegaer i situasjoner som er vanskelige eller hvor man kjenner seg usikker kan bidra til å gjøre jobben mindre ”skummel” (Jackson, 2005). Man skiller gjerne mellom fire ulike former for sosial støtte: *informativ støtte*; som råd, direktiver og informasjon *emosjonell støtte*; omsorg, empati og tillit og *instrumentell støtte*; som tid og økonomisk støtte og *evaluativ støtte*; tilbakemelding på arbeidsoppgaver og arbeidsinnsats (House & Kahn, 1985). Deltakerne i fokusgruppestudien fremhevet betydningen av støtte fra leder og kollegaer i forhold til å få råd – informativ støtte, få omsorg fra kollegaene sine – emosjonell støtte, og tilbakemelding på utført arbeid, evaluativ støtte, som ble trukket frem i forhold til betydning av anerkjennelse. Som instrumentell støtte kan man forstå betydningen av gode rammefaktorer, i form av organisatorisk tilrettelegging og gode strukturer, som ble diskutert i kapittel 5.2.

Flere studier finner en sammenheng mellom aspekter av arbeidsmiljøet og jobbtilfredshet i psykiatriske behandlingsmiljøer (Rossberg & Friis, 2004). Vareide et al (2001) fant at det å kunne spørre hverandre til råds burde inngå som en del av en god kultur på arbeidssstedet. I fokusgruppestudien kom det tydelig at forutsetningen for å bruke hverandre var et arbeidsmiljø som var kjentes trygt nok til at sykepleierne kunne være seg selv.

Et tverrfaglig behandlingstilbud er nødvendig i behandlingen av SF (Lask & Waugh, 2000). Kalisch et al (2010) fant en signifikant sammenheng mellom å være fornøyd med teamarbeidet på avdelingen og jobbtilfredshet. Også funnene til Jackson (2005) fremhevet betydningen av et godt teamarbeid for å kunne ha en god dag på jobb. Munro et al (1998) fant en signifikant sammenheng mellom variablene jobb - kontroll i Karaseks kravmodell og jobbtilfredshet blant et utvalg psykiatriske sykepleiere. De hevder at den høye graden av kontroll sykepleierne i deres studie opplevde kan være relatert til et sterkt fokus på teamarbeid, og en flatere struktur enn på somatiske sengeposter. Det er funnet en signifikant forskjell mellom hvordan psykiatriske sykepleiere vurderer samarbeidet med leger i forhold til sykepleiere på somatiske avdelinger, som vurderte det som signifikant dårligere (Roche & Duffield, 2010). Roche & Duffield foreslår at dette kan være et resultat av et sterkere fokus på tverrfaglig samarbeid i psykiatriske avdelinger enn i somatiske avdelinger. Opplevelsen av en flat struktur og fokus på tverrfaglig teamarbeid ble bekreftet av funnene fra fokusgruppestudien.

Samtidig er ikke litteratur fra det psykiatriske feltet entydig positivt i forhold til hvordan psykiatriske sykepleiere vurderer kvaliteten på teamarbeid. Det er særlig en opplevelse av å ikke være et fullverdig medlem av teamet rundt pasienten eller å ikke bli inkludert i teamarbeidet som oppgis som kilder til manglende jobbtilfredshet (Ward & Cowman, 2007; Farrel & Dares, 1999). Viktigheten av et godt samarbeid med kollegaer, både internt i miljøterapeutgruppen og tverrfaglig, fremkom av resultatene i denne studien, og sykepleierne ga også uttrykk for at de var en fullverdig del av teamet. Samtidig ble manglende lojalitet fra lege og psykolog til beslutninger som var fattet sett på som en negativ faktor i relasjon til grad av jobbtilfredshet, noe som indikerer at samarbeidet mellom de ulike profesjonene ikke var utelukkende positivt.

Aronson (2005), fant at ledelsens holdninger og handlinger påvirket sykepleieres jobbtilfredshet. Denne variabelen var også relatert til andre områder av jobbtilfredshet.

Dette samsvarer med funnene fra fokusgruppestudien, som viste at sykepleiernes jobbtilfredshet ble påvirket av hvordan ledelsen formidlet og forvaltet arbeidsbetingelsene. Den interpersonlige forvaltningen av de ekstrapersonlige faktorene påvirket således sykepleiernes opplevelse av jobbtilfredshet. Ønsket om en relasjon til leder preget av gjensidighet underbygges av Buunk & Schaufeli (1999), som brukte et likhetsteoretisk perspektiv for å forstå sosiale relasjoner i helsefaglige settinger. De hevder at alle mennesker har en medfødt evne til å forvente gjensidighet og likhet i sosiale relasjoner. Arbeidstakeren vil derfor ønske en balanse mellom hvor mye hun har investert i relasjonen i forhold til hva hun opplever hun får tilbake. En opplevd ubalansert relasjon kan føre til stress. Empirien fra fokusgruppene viste at miljøterapeutgruppen også følte seg urettferdig behandlet sammenliknet med andre yrkesgrupper i tilgangen på ressurser, noe som igjen trekker inn det likehetsteoretiske perspektivet på hva som skaper jobbtilfredshet og – utilfredshet (Kaufmann & Kaufmann, 2003).

En terapeutisk relasjon til pasienten er en essensiell del av all sykepleie. Man kan imidlertid hevde at den terapeutiske relasjonen har en ekstra sentral plass i psykiatrisk sykepleie (Norton, 2004). Jackson (2005) fant at det å ha gode relasjoner til pasientene virket inn på om arbeidsdagen ble opplevd som god. For deltakerne i den studien handlet gode relasjoner til pasientene om hvordan pasientene uttrykket seg, grad av gjensidig respekt og å kjenne pasienten. For en sykepleier som jobber med pasienter med SF kan det oppleves ekstra utfordrende å etablere og opprettholde en god terapeutisk allianse grunnet lav motivasjon blant pasientene og motvilje mot behandling. Grunnlaget for et godt samarbeidsklima mellom pasient og sykepleier er således ikke optimalt (Snell et al., 2009; Ramjan, 2003; Ryan et al., 2006). Det å ha en god relasjon til pasientene ble trukket frem som et viktig tema i forhold til og trives på jobb i fokusgruppestudien. På en miljøterapeutisk avdeling tilbringes mye tid sammen med pasientene. Sykepleiere som var mye sammen med pasientene var mer tilfredse på jobb enn de som tilbrakte mindre tid sammen med dem (Seed et al., 2010). Wilson og Crowe (2008) fant at den terapeutiske relasjonen til pasienten var hovedkilden til tilfredshet blant et utvalg psykiatriske sykepleiere. Det var imidlertid avhengig av andre faktorer knyttet til organisasjonen og samarbeidet med kollegaer. Dette underbygger viktigheten av at man må ha et samtidig fokus på interpersonlige og ekstrapersonlige områder, samt ta hensyn til hvem arbeidstakeren er som individ for å sikre optimale rammer for en arbeidstakers tilfredshet.

En felles forståelse av målet med behandlingen er en sentral del av en god terapeutisk allianse (Peplau, 1987; Bordin, 1979). Dette kan være vanskelig å oppnå i arbeidet med SF pasienter (Lask & Waugh, 2000; King & Turner, 2000; Ramjan, 2003). For sykepleierne i fokusgruppestudien kunne en avklaring i forhold til behandlingsmålene, i forhold til ansvarliggjøring og eierskap til målene bidra til mindre slitenhet og påvirket jobbtilfredsheten i positiv retning. Denne avklaringen relaterte de til erfaring, som igjen trekker inn det interpersonlige perspektivet.

Sykepleierne i fokusgruppestudien beskrev at diskusjoner og uoverensstemmelser med pasientene var krevende og vanskelig å stå i, og at pasientene tok ut sine vanskelige følelser ovenfor sykepleierne. Det finnes ingen fasit på hvordan man kan bli frisk fra en spiseforstyrrelse, eller hva som er den beste behandlingen (Lask & Waugh, 2000). Dette er pasienter som er svært psykisk og fysisk syke, og som ofte har kjempet en årelang kamp for å bli friske. Som sykepleier blir man et direkte vitne til denne kampen, og også ofte delaktig, da pasienten ikke alltid vet om hun kjemper med eller mot sykdommen. Dette kan gi seg utslag i atferd som kan oppfattes som manipulerende og utagerende (Ryan et al, 2006). En måte å forstå disse prosessene på kan være gjennom begrepene overføring og motoverføring, som stammer fra psykoanalytisk litteratur. Med overføring menes de følelser, ønsker og forestillinger pasienten ubevisst fører over på terapeuten. Motoverføring kan defineres på ulike måter, men en bred definisjon betegner alle former for følelser pasienten vekker i terapeuten (Segal, 1993).

En studie som undersøkte motoverføringsreaksjoner hos terapeuter som behandlet pasienter med SF fant forskjeller i motoverføringsreaksjonene ovenfor pasienter med bulimi og pasienter med anoreksi. Terapeutene følte seg mindre knyttet til, og mindre suksessfulle, ovenfor pasienter med anoreksi, og kjente seg også mer frustrert, håpløs og hjelpeløs. Følelsene håpløs/hjelpeløs frustrert var signifikant høyere i forhold til pasienter med en anoreksidiagnose (Franko & Rolfe, 1996). Et karakteristisk trekk hos mange pasienter med anoreksi er alexithymi, som kan forklares som et manglende språk for følelser (Skårderud, 2004). I fokusgruppestudien kom det frem hvordan pasienter med ulike diagnoser vekket forskjellige følelser i miljøterapeutene. Pasientene med en anoreksidiagnose ble beskrevet som at de i liten grad ga verbalt uttrykk for følelsene sine, noe som kunne påvirke relasjonen mellom sykepleierne og pasienten, og påvirke deres

grad av jobbtilfredshet negativt. For sykepleierne i fokusgruppestudien ble det å jobbe gruppeterapeutisk med pasientene trukket frem som en fremmede faktor for jobbtilfredshet nettopp fordi denne arbeidsformen økte pasientenes tilgjengelighet på følelser.

En terapeutisk relasjon er en profesjonell relasjon (Moyle, 2011). Det å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser kan utfordre sykepleiernes profesjonelle og private kjerneverdier (King et al, 2006). Det samsvarer med funnene fra fokusgruppestudien. Sykepleierne beskrev hvordan møtet med pasientene kunne påvirke deres opplevelse av, og ønske om å være profesjonelle. De kunne oppleve ”forbudte” følelser som sinne og oppgitthet, som de ikke kunne gi uttrykk for ovenfor pasienten. En slik tilstand kalles for emosjonell dissonans; man må gi uttrykk for andre følelser enn dem man faktisk kjenner. Dette kalles for ”surface acting” (Hochschild, 1983). Pugh, Groth og Hennig-Thurau (2011) undersøkte sammenhengen mellom emosjonell dissonans og jobbtilfredshet blant et stort utvalg arbeidstakere fra ulike yrker, som alle hadde utstrakt kontakt med klienter eller kunder. De fant en negativ sammenheng mellom jobbtilfredshet og emosjonell dissonans. Dette understreker behovet for sosial støtte og veiledning for sykepleiere som jobber med pasienter med SF.

5.4 Studiens begrensninger

Det blir under redegjort for svakheter ved denne studien, og hvordan disse ble forsøkt overkommet.

En av begrensningene ved denne studien var at prosjektlederen ikke hadde noen tidligere erfaring med fokusgruppeintervju. Det ble likevel ikke utført pilotintervju i forkant av studien. Grunnen til det er at det ikke finnes så mange av denne type avdelinger i Norge. Dette ble imidlertid imøtekommet ved at intervjuguiden ble presentert og diskutert i forskningsteamet prosjektlederen tilhører, hvor de fleste også har klinisk erfaring med å jobbe med pasienter med SF, for å få tilbakemelding på både innholdet og ordlyden i spørsmålene.

Ved to anledninger måtte en deltaker forlate gruppen under intervjuene. Dette kan ha påvirket interaksjonen og forstyrret de andre deltakerne, og det kan ha gjort de aktuelle deltakerne mindre fokusert under intervjuene. Moderator hadde likevel ikke inntrykk av at diskusjonen ble avbrutt eller at den stoppet opp.

Deltakerene fikk ikke tilbud om å lese gjennom materialet i etterkant av studien. De hadde imidlertid mulighet til å kontakte forskeren i etterkant av intervjuene hvis de ønsket å tillegge noe. Det er uenighet i litteraturen om deltakere bør få lese gjennom materialet i etterkant, både av etiske årsaker – de kan oppleve det som ubehaglig å lese det de har sagt, og i forhold til kvaliteten på studien. Det som er sant for noen i en bestemt situasjon er ikke nødvendigvis sant senere (Kvale, 2009).

Temaer relatert til individuelle faktorer kan ha blitt underkommunisert på grunn av fokuset på interaksjon i den metodiske tilnærmingen til studien.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive og utforske hvilke temaer som sykepleiere som jobber på avdelinger for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser anser som viktige for å oppleve jobbtilfredshet. Som teoretisk rammeverk ble det presentert ulike innfallsvinkler til hva som menes med jobbtilfredshet, hva miljøterapeutisk arbeid med pasienter med SF består av, bidragende faktorer til en opplevelse av jobbtilfredshet. Dette er den første studien som har undersøkt jobbtilfredshet i denne spesifikke settingen.

Studien hadde et utforskende og beskrivende design med to fokusgruppeintervjuer av til sammen 14 sykepleiere som var ansatt som miljøterapeuter på spesialavdelinger for behandling av SF. Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i Kvaales (2009) fremgangsmåte for analyse av kvalitative data. Studiens funn ble samlet i tre hovedkategorier.

Den første kategorien handlet om betydningen av struktur i behandlingen og ulike arbeidsbetingelser sykepleierne jobbet under og hvordan disse ble formidlet. Studiens funn viste at de ekstrapersonlige faktorene i stor grad handlet om ulike former for organisatoriske rammefaktorer. Viktigheten av struktur i behandlingen kom opp som et nytt funn. Behandlingsstrukturen var særlig viktig for sykepleierne sin opplevelse av kontroll i arbeidshverdagen. Betydningen av behandlingsstrukturen i forhold til jobbtilfredshet har ikke kommet frem i tidligere studier. Dette kan henge sammen med at fokus på denne formen for struktur er særlig fremtredende i miljøterapeutiske avdelinger. Ledelsens forvaltning av arbeidsbetingelsene ble fremhevet som et sentralt tema. Ulike ekstrapersonlige faktorer var en fremmede faktor for jobbtilfredshet i seg selv, men virket også inn på intra – og interpersonlige faktorer.

Den andre kategorien handlet om hvordan det å mestre rollen som miljøterapeut og viktigheten av anerkjennelse av at de gjorde en god jobb virket inn på respondentenes jobbtilfredshet. Individuelle faktorer var relatert til en intrapersonlig opplevelse av å mestre rollen. Personlig kunnskap ervervet gjennom erfaring var viktig for å mestre den jobben de var ansatt til å gjøre og for og trives på jobb.

Viktigheten av å tilhøre et sosialt system kom tydelig frem i den tredje og siste kategorien, som handlet om ulike relasjonelle perspektiver i forhold til pasienter og kollegaer. I forhold til relasjonelle faktorer ble både forholdet til kollegaer, pasienter, ledere og andre faktorer trukket frem som faktorer som både kunne hemme og fremme sykepleiernes opplevelse av jobbtilfredshet. Hvordan andre grupper ble behandlet var også et viktig sammenlikningsgrunnlag for sykepleierne i sin vurdering av hva som bidro til deres tilfredshet.

Deltakerne inkluderte både egne bidrag, faktorer relatert til organisasjonen og interpersonlige relasjoner i forhold til hvilke faktorer som bidro til deres opplevelse av jobbtilfredshet. De var opptatt av både prosess og innhold. Deres forståelse av begrepet passet dermed ikke inn i en spesifikk teoretisk ”boks” eller definisjon, men inneholdt elementer fra både en innholdsteoretisk og prosessteoretisk tilnærming (Kaufmann & Kaufmann, 2003; Einarsen & Skogstad, 2005). Det gir dermed ikke mening å se på disse faktorene som isolerte fenomener, men det må sees ut fra konteksten og hvem de som jobber er som personer og hva de bringer med seg av kunnskap og erfaring.

Studien kan bidra med informasjon om hvor man eventuelt skal rette intervensjoner for å øke jobbtilfredshet på miljøterapeutiske avdelinger for behandling av SF, og for hvordan ledelelsen kan tilrettelegge for et godt arbeidsmiljø på slike og tilsvarende avdelinger slik at sykepleierne ikke blir ”fed up“.

Litteraturliste

- Adams, J. S. (1963). Towards an Understanding of Inequity. *Abnormal and Social Psychology*, 422-436.
- Adams A. & Bond S. (2000). Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 536-543.
- Aiken L.H, Clarke S.P, & Sloane D.M (2002). Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross National Findings. *Nursing Outlook*, 50, 187-194.
- Alexander, J. A., Lichtenstein, R., Oh, H. J., & Ullman, E. (1998). A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings. *Research in Nursing & Health*, 21, 415-427.
- Allen, D. E. & Vitale-Nolen, R. A. (2005). Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36, 277-282.
- Almost, J., Doran, D., McGillis, L. H., & Laschinger, H. K. (2010). Antecedents and consequences of intra - group conflict among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18, 992.
- Antrobus, S. (1997). Developing the nurse as a knowledge worker in health - learning the artistry of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 829-835.
- Arbeidsdepartementet. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. LOV 2005-06-17
- Arbeidstilsynet (2005). *God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus*.
- Aronsen, K. R. (2005). Job satisfaction of nurses who work in private psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*, 56, 102-104.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Benner, P. (1995). *Fra novis til expert: dyktighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. Oslo: TANO.
- Bjørk, I.T. (2001). Sykehusavdelingen - et miljø for læring? *Vård i Norden*, 21, 4-9.
- Bjørk I.T, Samdal G.B, Hansen B, Tørstad S, & Hamilton G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44, 747-757.
- Bjørk I.T. & Solhaug (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Blegen M.A. (1993). Nurses Job Satisfaction: A Meta-Analysis Of Related Variables. *Nursing Research*, 42, 36-41.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Breeze & J.A. (1998). Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1301-1311.
- Brink, P. J. & Wood, M. J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research*. (2 ed.). California: Sage.
- Bussing, A. (1992). A dynamic view of job satisfaction in psychiatric nurses in Germany. *Work & Stress*, 6, 239-259.
- Buunk, P. B. & Schaufeli, W. B. (1999). Reciprocity in interpersonal relationships: an evolutionary perspective on its importance for health and well-being. *European Review of Social Psychology*.
- Christiansen, B. (2008). Good work - how is it recognised by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1645-1651.
- Dallender, J. & Nolan, P. (2002). Mental health work observed: a comparison of the perceptions of psychiatrists and mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 131-137.

- DeCola, P. R. & Riggins, P. (2010). Nurse in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*, 57, 342.
- Duddle, M. & Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 29-37.
- Einarsen, S. & Skogstad, A. (2005). *Den dyktige medarbeider*. (1 ed.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Espeset, E. & Kjennerud, T. R. (2009). Spiseforstyrrelser. Fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. www.fhi.no [On-line].
- Farrel, G. & Dares, G. (1999). Nursing Staff Satisfaction on a Mental Health Unit. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 51-57.
- Finnøy, O. J. (2000). Job satisfaction and stress symptoms among personell in child psychiatry in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 397-403.
- Foss, L. & Skyberg, K. (2008). *Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen* (Rep. No. 19). Statens arbeidsmiljøtilsyn.
- Fossestøl, K. (2004). *Relasjonsmestrerne. Om kunnskapsarbeid i det nye arbeidslivet*. (1 ed.). Oslo: Gyldendal.
- Franko, D. L. & Rolfe, S. (1996). Countertransference in the treatment of eating disorders. *Psychiatry*, 59, 108-116.
- Geller, J. & Srikameswaran, S. (2006). Treatment non negotiables - why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14, 217.
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.
- Hackman, J. & Oldham, G. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 279

- Hamaideh, S. (2011). Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 234-242.
- Helse og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. LOV-1999-07-02-61.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (7-2-1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV 1999-07-02 nr 62.
- Helsedirektoratet (2011). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. (1 ed.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1993). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley.
- Hesse-Biber, S. N. & Leavy, P. (2011). *The Practice of Qualitative Research*. (2 ed.). California: Sage.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkely.
- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measure of concepts of Social Support. In Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.), *Social Support and Health*. London: Academic Press.
- Hyrkas, K. (2005). Clinical Supervision, burnout, and Job Satisfaction among Mental Health and Psychiatric Nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 531-556.
- Irgens, E. J. & W. G. (2010). *Kunnskapsarbeid. Om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. (1 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Irvine D.M & Evans M.G (1995). Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research*, 44, 246-253.
- Ito, H., Eiisen, S., Lloyd, I., Yamada O, & Tachimori, H. (2001). Factors Affecting Psychiatric Nurses Intention to Leave Their Current Job. *Psychiatric Services*, 52.
- Jackson, C. (2005). The experience of a good day: A phenomenological study to explain a good day as experienced by a newly qualified R.N. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 110-121.

- Judge, T. (2002). Five - factor model of personality and job satisfaction: a meta analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 350-541.
- Kanai.P.M, Aiken, L. H., Sloane, D. M., Poghosyan, & L (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3324-3329.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Health at work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (4 ed.) Bergen: Fagbokforlaget.
- King, S. J. & Turner, d. S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 139-147.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. (2 ed.). California: Sage.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lask, B. & Waugh, R. B. (2000). *Anorexia nervosa and related disorders in childhood and adolesence*. (2 ed.). East Sussex: Psychology Press.
- Lautizi, M. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health urses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 17, 446-452.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, coping*. New York: Springer.
- Locke, E. (1969). What is Job Satisfaction? *Organizational Behaviour and Human Performance*, 4, 309-336.

- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunette, M.D. (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, L. K. (2006). A model of job satisfaction of nurses` working lives in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 468-479.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach burnout inventory*. (3 ed.) California: Consulting Psychologists Press.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and Personality*. (3 ed.). New York: Row Publishers.
- Matos, P., Neushotz, L., Quinn, M., & Fitzpatrick, J. (2010). An Exploratory Study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 306-312.
- Micevski, V. & McCann, T. V. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse*, 20, 102-116.
- Moyle, W. (2011). Nurse patient relationship - a dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 575-582.
- Munro, L., Rodwell, J., & Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 339-345.
- Nerland, M. & Jensen, K. (2010). Objectual practice and learning in professional work. In *Learning Through Practice*, Billett, S. (red). New York: Springer.
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing. What is it and what is it not*. Philadelphia: Lippincott.
- Norton, K. (2004). The theapeutic milieu. In Norman, I. & Ryrie, I. (Eds.), *The art and science of mental health nursing* (pp. 241-263). Berkshire: Open university press.
- Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review*, 14, 377-387.

- Pedersen, P., Sitter, M., Lilleeng, S., & Bremnes, R. (2011). *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009*. Helsedirektoratet.
- Peplau, H. E. (1987). Interpersonal construct for nursing practice. *Nurse Education Today*, 7, 201-208.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Creating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8 ed.). Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Pryce, J., Albertsen, K., & Nielsen, K. (2006). Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work balance. *Journal of Nursing Management*, 14, 282-288.
- Pugh, S. D., Groth, M., & Hennig-Thurau, T. (2011). Willing and able to fake emotions: a closer examination of the link between emotional dissonance and employee well - being. *Journal of Applied Psychology*, 96, 377-390.
- Ramjan, L. M. (2003). Nurses and the "therapeutic relationship": caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 495-503.
- Rask, M. & Levander, S. (2001). Nurses satisfaction with nursing care and work in Swedish forensic psychiatric units. *Journal of Mental Health*, 2002 Oct; 11, 545-556.
- Rice, P. L. & Ezzy, D. (1999). Focus Groups. In *Qualitative Research Methods* (pp. 71-94). Oxford: Oxford University Press.
- Robertson, A., Gilloran, A., Mckee, K., Mckinley, A., & Wight, D. (1995). Nurses job satisfaction and the quality of care recieved by the patients in psychogeriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 575-584.
- Robinson, S., Murrels, T., & Smith M. (2005). Retaining the mental health workforce: Early indicators of retention and attrition. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 230-242.
- Roche, M. A. & Duffield, C. M. (2010). A comparison of the nursing practice environment in mental health and medical - surgical settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 195-206.

- Rossberg, J. I., Eiring, O., & Friis, S. (2004). Work environment and job satisfaction: A psychometric evaluation of the Working Environment Scale-10. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 576-580.
- Rossberg, J. I. & Friis, S. (2004). Patients' and Staff's Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services*, 55, 798-803.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of Eating Disorders Nursing: An Analysis of Nurses Accounts of Nursing Eating disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 14, 125-135.
- Seed, M., Torkelson, D., & Alnatour, R. (2010). The Role of the Inpatient Psychiatric Nurse and its Effect on Job Satisfaction. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 160-170.
- Segal, H. (1993). Countertransference. In Alexandris, A. & Vaslamatzis, G. (Eds.), *Countertransference. Theory, technique, teaching* (pp. 13-20). London: Karnac Books.
- Severinsson, E. & Hummelvoll, J. K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing & Health Sciences*, 3, 81-90.
- Sharp, T. P. (2008). Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008 Jun; 15, 374-378.
- Skårderud, F. (2004). *Sterk/Svak*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Staincke, E. (2010). Miljøterapi og nettverksbaserte tilnærminger. In *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn* (1ed.), pp. 199-220. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith P.C (1974). The development of a method of measuring job satisfaction: the Cornell studies. In Fleishman E.A. (Ed.), *Studies in Personnel and Industrial Psychology* (3 ed., pp. 272-279). Homewood: Dorsey Press.
- Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2009). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351-358.

- Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction. Application, assessment, causes and consequences*. California: Sage Publishers.
- Stamps, P. L. (1997). *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*. Chicago: Health Administration Press.
- Statens helsetilsyns utredningsserie (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. (Rep. No. 7-2000). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statistisk Sentralbyrå (2010). Spesialisthelsetjenesten. <http://www.ssb.no/vis/speshelse/om.html> [On-line].
- Taylor, F. W. (1998). *The principles of scientific management*. New York: Dover Publications.
- Thomson, S., Soares, J., Nolan, P., & Dallender, J. (1999). Feelings of Professional Fulfilment and Exhaustion in Mental Health Personnel: The Importance of Organisational and Individual Factors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 157-164.
- Thorsrud, E. & Emery, F. E. (1970). *Mot en ny bedriftsorganisasjon*. Oslo: Tanum forlag.
- Tovey E.J & Adams A.E. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 150-158.
- Treasure, J. & Schmidt, U. (2001). Needs assessment and eating disorders. In Thornicroft, C.R. (Ed.), *Measuring Mental Health Needs*. 2 ed., London: Gaskell.
- Treasure, J., Todd, G., & Szmuckler, G. (1995). The inpatient treatment of anorexia nervosa. In *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, Chichester: John Wiley and sons.
- Tummers, G. E., Landeweerd, J. A., & Van Merode, G. G. (2002). Organization, work and work reactions: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses' work characteristics and work reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 52-58.
- Ursin, H. & Eriksen, H. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592.

- Vareide, P. K. & Norvoll, R. K. (2001). *Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i norske sykehus* SINTEF.
- Ward, M. & Cowman, S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007 Aug; 14, 454-461.
- Wilson, B. & Crowe, C. (2008). Maintaining equilibrium: a theory of job satisfaction for community mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*, 15, 816-822.
- Zangaro, G. A. (2007). A Meta Analysis of Studies of Nurses Job Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.

Vedlegg I



Wolters Kluwer
Health

OvidSP

My Account | SpÅ, r Medisinsk bibliotek! | Support & Training | Help | Logoff

Search Journals Books My Workspace

Search History (18 searches) (Click to close)

View Saved

<input type="checkbox"/>	#	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Nurses/	14964	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	2	exp Psychiatric Nurses/	2015	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	3	exp Job Satisfaction/	9207	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	4	exp "Quality of Work Life"/	868	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	5	exp Eating Disorders/	17350	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	6	exp Anorexia Nervosa/	6305	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	7	exp Milieu Therapy/	330	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	8	exp Therapeutic Alliance/	2317	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	9	1 and 3	765	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	10	2 and 3	45	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	11	2 and 4	3	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	12	1 and 4	39	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	13	2 and 5	4	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	14	1 and 5	32	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	15	1 and 6 and 8	0	Advanced	Delete More >>
<input type="checkbox"/>	16	2 and 5 and 6	0	Advanced	Delete More >>
<input type="checkbox"/>	17	5 and 7	1	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	18	1 and 3 and 5	1	Advanced	Display More >>

Remove Selected

Save Selected

Combine selections with:

And

Or

RSS

Save Search History

Basic Search | Find Citation | Search Tools | Search Fields | **Advanced Search** | Multi-Field Search

▼ Change Ovid Resources

Ovid Resources: PsycINFO 1987 to August Week 1 2011

☒ Keyword ☐ Author ☐ Title ☐ Journal

Limits (Click to expand)

☒ Map Term to Subject Heading

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Miljøpersonell og jobbtilfredshet”

Bakgrunn

Å rekruttere og beholde sykepleiere og miljøpersonell er en utfordring. Jobbtilfredshet kan defineres som graden av positive følelser man har i forhold til jobben sin, og henger sammen med faktorer som utbrenthet, turnover og følelse av autonomi i jobben. Det er hittil forsket lite på jobbtilfredsheten til miljøpersonell som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser.

Studien omhandler jobbtilfredshet blant miljøpersonell som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Studien er todelt. Del 1 består i fokusgruppeintervju av ansatte. Del to er en spørreundersøkelse. Målet med fokusgruppeintervjuene er å kartlegge hvilke faktorer som er viktige for miljøpersonells jobbtilfredshet. Dette er et spørsmål til deg om å delta i del en av studien.

Studiet ledes av prosjektleder Trine Wiig, sykepleiekonsulent, som er ansatt ved Regional Avdeling for Spiseforstyrrelser (Rasp), Ullevål Universitetssykehus. Professor Bryan Lask er forskningsleder ved Rasp, og er ansvarlig for alle prosjekter. Ullevål universitetssykehus er ansvarlig for studien.

Praktisk gjennomføring

Fokusgruppeintervjuene består i at en gruppe ansatte ved din avdeling møtes for å diskutere jobbtilfredshet, og hvilke faktorer som spiller inn for opplevd jobbtilfredshet. Gruppene vil vare ca 90 minutter, og vil bestå av mellom 6-8 personer. Intervjuene vil taes opp på bånd. Gruppen vil ledes av prosjektleder. Det vil også være en forskningsassistent tilstede, som tar notater. Ledere skal ikke delta i gruppene. Det er taushetsplikt innad i gruppen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til opptakene.

Det er mulig å gjenkjenne deg gjennom lydbåndopptak, det er kun disse som vil kunne spores tilbake til deg.

Du har rett til å få høre de opptak som er gjort av deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet de opptakene som er gjort av deg. Opptakene slettes etter at de er skrevet ned og analysert. Det vil være da umulig å identifisere deltagerne. Lydbåndopptakene blir senest slettet 31.12.2010.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Informasjon om identifiserbare pasienter må ikke gis i opptakene. Beskrivelse av situasjoner må gjøres slik at ikke navn eller andre direkte identifikasjoner på pasienter oppgis. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon, må du umiddelbart gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Det er taushetsplikt innad i gruppen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Trine Wiig, tlf: 23016329, mail: witr@uus.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet



"Miljøpersonell og jobbtillfredshet"

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:
-----	-----
(Signert av prosjektdeltaker, dato)	(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg III

Trine Wiig

Oslo, 3/12

2008

Regional avd for spiseforstyrrelser

Ullevål Universitetssykehus

e-post: witr@uus.no

tlf 99619614

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved [REDACTED] som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Jeg er masterstudent ved Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag ved Universitetet i Oslo og holder på med avsluttende masteroppgave. Jeg er også ansatt ved forsknings- og kompetanseavdelingen på Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Ullevål sykehus. Temaet for prosjektet/oppgaven er sykepleieres/miljøpersonells jobbtilfredshet på døgnavdelinger for spiseforstyrrelsesbehandling. Studien søker å utforske hvilke faktorer som er viktige for sykepleieres/miljøpersonells jobbtilfredshet. I den forbindelse henvender jeg meg nå til dere for å søke om tillatelse til å gjennomføre studien ved deres avdeling.

Jeg ønsker å invitere mellom 6 og 8 sykepleiere fra spiseforstyrrelsesavdelingen. Fokusgruppeintervju som metode er et intervju hvor 3-8 deltakere intervjues samtidig i samme gruppe. Intervjuet vil ta 1 -1,5 time. Dersom det er mulig er det ønskelig at noen av sykepleierne kan benytte deler av sin arbeidstid til intervjuet. De som ønskes som deltakere til studien er fast ansatte sykepleiere som jobber klinisk med pasienter med spiseforstyrrelser. Dersom det er mulig ber jeg også om tillatelse til å benytte en sykepleier fra deres avdeling som kontaktperson for studien. Avdelingen vil bli gjort kjent med resultatene fra studien etter at studien er ferdig.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Se for øvrig prosjektbeskrivelsen for utfyllende informasjon. Dersom dere har spørsmål i forbindelse med denne søknaden, kan dere ringe meg på telefonnummer 23016329 eller kontakte meg per e-post på witr@uus.no. Spørsmål kan også stilles min veileder og prosjektansvarlig Bryan

Lask, bryanlask @mac.com. Jeg tillater meg å ta kontakt med dere igjen om ca fjorten dager for å høre om deres eventuelle tilrådning av studien.

Det vil bli innhentet tillatelse fra Personvernombud / NSD for gjennomføring av studien.

Jeg søker herved om tillatelse til å gjøre gjennomføre deler av denne studien hos dere.

Med vennlig hilsen

Trine Wiig

Vedlegg

- Prosjektbeskrivelse
- Samtykkeerklæring

Meldeskjema til personvernombudet på UUS

Intervjuguide

Område	Forskningsspørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Intra	Hva legger sykepleiere, som jobber på miljøterapeutiske avdelinger med behandling av SF, i begrepet jobbtilfredshet? Hvilke individuelle faktorer påvirker sykepleierens opplevelse av jobbtilfredshet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hva betyr jobbtilfredshet for dere? ▪ Hva er viktig for deres opplevelse av jobb - tilfredshet? ▪ På hvilken måte påvirker faktorer som handler om dere selv som personer din opplevelse av jobbtilfredshet? (alder, kjønn, erfaring, personlighet..)
Ekstra	Hvilke faktorer, relatert til organisasjonen, virker inn på sykepleiernes sin opplevelse av jobbtilfredshet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvilke temaer som handler organisasjonen og sykehuset dere jobber på påvirker hvordan dere har det på jobb? (lønn, ledelse, turnus..) ▪ Er det noen faktorer utenfor organisasjonen som påvirker trivselen deres? (organisasjonen i vid forstand)
Inter	Hvilke relasjonelle faktorer virker inn på sykepleierens opplevelse av jobbtilfredshet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan påvirker forholdet deres til dem dere jobber sammen med hvordan dere trives på jobb? ▪ Hvordan påvirker forholdet deres til pasientene hvordan dere trives på jobb? ▪ Hvilke sider av disse forholdene er dere opptatt av?